

PASSION

CHIRURGIE



DCK 2023
Gemeinsam lernen und heilen

140. Deutscher Chirurgie Kongress
18. – 20. April 2023, DCK.digital
26. – 28. April 2023, München

**HERZLICH
WILLKOMMEN**

151 JAHRE DGCH –
AUFBRUCH IN KOMMENDE
JAHRZEHENTE
www.dck2023.d

PANORAMA

HAND AUF'S HERZ

im Fokus

KONGRESSNACHLESE
FRÜHJAHR 2023

06 | 11 | 2023

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE



BDC Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

Wissen – Fortbildung – Updates

Die Chirurgie: 12 mal im Jahr – gedruckt und digital

- Themenschwerpunkt mit Handlungsempfehlungen in jedem Heft
- Aktuelle Operationstechniken im Video
- CME: Evidenzbasierte Medizin zum Punkte sammeln
- Organ der DGCH und der DGAV

Jetzt bestellen



DCK 2023:

EINMAL WIEDER MÜNCHEN ERLEBEN

Hans-Joachim Meyer

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

nach pandemiebedingter Zwangspause konnte in diesem Jahr der 140. Deutsche Chirurgie Kongress (DCK 2023) unter dem Motto „150 Jahre DGCH-Aufbruch in kommende Jahrzehnte“ vom 26. bis 28. April 2023 wieder in München stattfinden.

Nachdem sich in Pandemiezeiten gezeigt hatte, dass Onlineveranstaltungen ebenfalls in der Lage sind, Fachwissen und damit auch Fortbildung adäquat anzubieten, war erneut der Online-Kongress „DCK. digital“ vom 18. bis 20. April 2023 vorgeschaltet worden. Etwa 600 Teilnehmende nutzten diese Plattform, wobei sich bis zu 170 Personen in die verschiedenen Sitzungen einschalteten.

Der schon traditionelle Organspende-Lauf fand dann am 25. April 2023 am Hopfengarten im Westpark statt.

Für den nachfolgenden Präsenzkongress stellte sich die Frage, wie ein solcher bei generell angespannter Personalsituation in den Kliniken und Praxen sowie aufgrund der Inflation gestiegenen Kosten für Reise und Hotel überhaupt angenommen werden würde. Das Ergebnis war erfreulicherweise sehr positiv. Insgesamt waren 5.530 Teilnehmende bei

dem DCK angemeldet, wobei 780 Chirurgen und Chirurgen einen der vier täglich ausgestrahlten Livestreams besuchten: Im Vergleich zum Jahr 2019 konnten die Teilnehmerzahlen also sicher erreicht und sogar noch etwas gesteigert werden. Einmal mehr hat sich gezeigt, dass der direkte Gedankenaustausch und die wissenschaftliche Diskussion wie auch der Kontakt zu den Vertretern der Industrie durch einen virtuellen Kongress kaum zu ersetzen sind. Vor allem auch dann nicht, wenn die Themenauswahl aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen in den Vordergrund stellt: So besonders die Digitalisierung, Robotik, neue Therapieansätze in der onkologischen Chirurgie oder spezielle berufspolitische Aspekte, wobei auch gerade durch persönliche Gespräche Impulse für weitere Entwicklungen aufgezeigt werden konnten. Gleichzeitig zeigte der Kongressablauf selbst einige Innovationen, etwa die zeitlich begrenzte Eröffnungsveranstaltung, das Splitten der Ehrungen und Preisverleihungen oder die Einrichtung einer Lounge der verschiedenen Fachgesellschaften und des Berufsverbandes, wodurch der interdisziplinäre fachliche und persönliche Austausch intensiviert werden konnte. Auch in diesem Jahr war der BDC mit insgesamt drei Workshops und sechs wissenschaftlichen Sitzungen aktiv beteiligt; einen besonders hohen Besucherzuspruch fand u. a. eine Sitzung zur

angestrebten weiteren Ambulantisierung in der Chirurgie.

Während des Kongresses fanden auch die Mitgliederversammlungen der DGCH und des BDC bei erfreulich reger Beteiligung statt. Als dritter Vizepräsident 2023/24 der DGCH ist Herr Prof. Dr. Roland Goldbrunner aus Köln gewählt worden. In der Mitgliederversammlung des BDC wurden u. a. die neuen Leiter der verschiedenen Themenreferate bestätigt. Weitere Informationen hierzu können Sie in den entsprechenden Protokollen ersehen.

Insgesamt kann man dem Präsidenten der DGCH, Herrn Prof. Dr. Andreas Seekamp, und seinem Team sowie dem Generalsekretär, Herrn Prof. Dr. Thomas Schmitz-Rixen, zu dem sehr gelungenen Verlauf des 140. Deutschen Chirurgie Kongresses nur gratulieren und sehr herzlich danken. Bei der Kombination von verschiedenen Formen der Kongressgestaltung hat eine Präsenzveranstaltung als besonderes Event dabei sicherlich nichts an Attraktivität verloren und kann sich durch einen eigenen Mehrwert auszeichnen. In diesem Sinne möchte ich Sie auch motivieren, schon jetzt den Termin des 141. DCK vom 24. bis 26. April 2024 in Leipzig vorzumerken.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer 

HERAUSGEBER

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Andreas Seekamp
Vizepräsident:innen: Prof. Dr. med. Hauke Lang,
Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns,
Prof. Dr. med. Udo Rolle
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
(V.i.S.d.P.)
Schatzmeister: Prof. Dr. med. Jens Werner

BDC

Präsident: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
V.i.S.d.P.
Vizepräsidenten: Dr. med. Peter Kalbe,
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Geschäftsführerin: Dr. med. Friederike Burgdorf
Justitiar: Dr. jur. Jörg Heberer, Berlin/München

REDAKTION

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer (V.i.S.d.P.)
Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen (V.i.S.d.P.)
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Dr. med. Friederike Burgdorf
Katrín Kammerer (Tel: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)

VERLAG

schaefermueller publishing GmbH
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
info@schaefermueller.de | Tel: +49 (0)30 76180 625
www.schaefermueller.de

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

Sabine Bugla
PassionChirurgie@t-online.de
Tel: +49 (0) 5632 966147

ABBILDUNGSHINWEISE

Teaserfotos von iStock oder von den Autoren.
Cover © iStock/CSA-Archive

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

Passion Chirurgie erscheint monatlich als elektronische
Ausgabe (eMagazin via BDC/Mobile App über Apple
AppStore oder GooglePlay).
Quartalsweise erscheint sie als gedruckte Zeitschriftenausgabe.
Auflösung Bilderrätsel aus 03/Q1/2023: Kreuzband



Der Bezug ist im Mitgliedsbeitrag des Berufsverbandes
der Deutschen Chirurgie e.V. und der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie e.V. enthalten und den
Mitgliedern vorbehalten.

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

© BDC-Service GmbH | Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin

ISSN 2194-5586

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in Passion
Chirurgie zur Bezeichnung von Personengruppen oft
nur die männliche Form verwendet, gemeint sind aber
Angehörige aller Geschlechter.



INHALT

1 EDITORIAL

1

**DCK 2023: EINMAL WIEDER
MÜNCHEN ERLEBEN** *Hans-Joachim Meyer*

4 KURZNACHRICHTEN

5 CHIRURGIE

5

**ZUSAMMENFASSUNG DER DCK-SITZUNG
„PROZESSMANAGEMENT VON
OPERATIVEN EINGRIFFEN“**

Matthias Diemer

8

**BDC-SITZUNGEN BEIM GEMEINSAMEN
BUNDESKONGRESS CHIRURGIE (BCH)**

Peter Kalbe

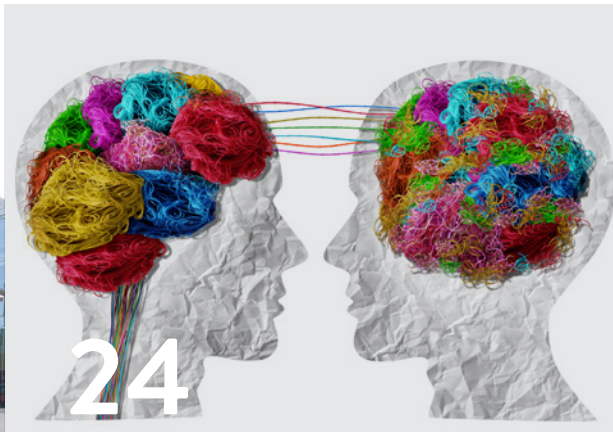
13

**BERUFSPOLITISCHER NACHMITTAG
BEIM BCH MIT AKTEUREN UND
AKTEURINNEN AUS DEM
GESUNDHEITSWESEN**

Olivia Päßler

16

**60 Jahre Deutsche Gesellschaft für Kinder-
und Jugendchirurgie** *Barbara Ludwikowski*



18 CHIRURGIE⁺

- 18 **Akademie Aktuell:** Das erste Jahr SURGEON TALK – eine neue Erfahrung
Wolfgang Schröder, Anna Dypree, Avi Schotland, Mara Goetz, Benedikt Braun, Sylvia Joachimi, Stephan Freys
- 20 **Hygiene-Tipp:** Feuchtarbeit – Chirurgen eher nicht mehr betroffen
Nina Parohl, Walter Popp, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen
- 21 Personalia
- 22 **Rezension:** Ultraschall des Bewegungsapparates
Peter Kalbe
- 23 **RECHT**
- 23 **F+A:** Extrabudgetäre Vergütung für Neupatienten
Jörg Heberer

24 GESUNDHEITSPOLITIK

- 24 **BDC-Praxistest:** Geteilter Erfolg ist doppelt gut – Mentoringprogramm „Die Chirurgeninnen e.V.“
Julia Osthoff, Franziska Renger, Franziska Hettenbach
- 30 Kontinuität in Zeiten des Wandels
Jörg A. Rüggeberg
- 31 Leistenhernien-Operationen im Visier der Ambulantisierung

34 INTERN

- 34 **DGCH**
- 34 Kommentar des Generalsekretärs
Thomas Schmitz-Rixen
- 37 Nachlese Deutscher Chirurgie Kongress 2023

- 38 Präsidentenrede anlässlich des 140. DGCH-Kongresses 2023
Andreas Seekamp
- 43 Bildergalerie zur Eröffnungsveranstaltung
- 44 Ehrungen, Preisverleihungen und Vergabe von Stipendien
- 46 Wahl des Präsidenten 2025/26
- 48 Impressionen vom DCK 2023
- 51 Ein Lauf macht mobil für die Organspende
- 54 Einladung zum DCK 2024
Christiane J. Bruns
- 57 Protokoll der DGCH-Mitgliederversammlung 2023
- 59 Ausschreibung Preise und Stipendien 2024
- 61 Nachruf auf Prof. Dr. med. Albrecht Encke
- 63 Nachruf auf Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Konrad Meßmer
- 65 DGCH-Präsidium ab 01. Juli 2023
- 67 Sehr persönlich nachgefragt bei Markus Steinbauer
- 68 **BDC**
- 68 BDC|News
- 69 Ergebnisse der BDC-Mitgliederversammlung 2023
- 70 Termine BDC|Akademie

74 VERNETZT

- 74 Advertisement and Advertorial

76 PANORAMA

- 76 Hand auf's Herz
Klaus Fiala
- 81 Bilderrätsel

06 23 Kurz Nachrichten

APPROBATIONSORDNUNG

MEDIZINSTUDIERENDE BEGRÜßEN NEUEN REFERENTENENTWURF DER APPROBATIONSORDNUNG

Die Neuregelung der ärztlichen Ausbildung könnte zum 1. Oktober 2027 in Kraft treten. Das geht aus einer überarbeiteten Fassung eines Gesetzesentwurfs hervor, der dem Deutschen Ärzteblatt vorliegt.

Der Fokus der Reform soll auf einen stärkeren Praxisbezug im Medizinstudium gerichtet sein. Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) soll in der Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen verbindlich verankert werden. Klinische und theoretische Inhalte sollen vom ersten Semester an miteinander verknüpft gelehrt werden. Um dem Hausärztemangel zu begegnen, liegt ein weiterer Fokus auf der Stärkung der Allgemeinmedizin bereits im Medizinstudium. Lehrpraxen sollen verstärkt in

die ärztliche Ausbildung einbezogen werden. Die Allgemeinmedizin soll insgesamt eine größere Rolle spielen – auch im Praktischen Jahr (PJ). In diesem sollen Studierende künftig mindestens ein Quartal verpflichtend in einer Praxis absolvieren müssen.

Im Zuge der Änderungen der ärztlichen Ausbildung sollen auch die ärztlichen Prüfungen durch eine Weiterentwicklung der Prüfungsformate praxisnäher gestaltet werden. Dabei sollen auch die Allgemeinmedizin und die hausärztliche Versorgung in den Prüfungen abgebildet werden. Sowohl die Medizinstudierenden als auch die Medizinischen Fakultäten begrüßten das Ende des Stillstands der Reformbemühungen.



Mehr Informationen: <https://bit.ly/BDC-Reform>

IM FOKUS

Kongress- nachlese Frühjahr 2023

Zusammenfassung der DCK-Sitzung „Prozessmanagement von operativen Eingriffen“

Matthias Diemer

Kurze Zusammenfassung der Sitzung „Prozessmanagement von operativen Eingriffen“, die am 28. April 2023 auf dem DCK 2023 in München stattfand. Vorsitzende der Sitzung waren: Matthias Diemer aus Berlin, Jörg-Andreas Rüggeberg, BDC-Vizepräsident aus Bremen, Annika Hättich aus Hamburg.

Die grundsätzliche Voraussetzung für ein Management von Prozessen in der chirurgischen Versorgung ist die Erkenntnis, dass das Operieren nur einen Teil eines abgestimmten Gesamtprozesses in der Patientenversorgung darstellt.



Matthias Diemer

Leitung OP-Management
Charité Universitätsmedizin Berlin
matthias.diemer@arcor.de

Diemer M: Zusammenfassung der DCK-Sitzung „Prozessmanagement von operativen Eingriffen“. Passion Chirurgie. 2023 Juni; 13(06): Artikel 03_01.



Mehr Artikel zum Thema finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Qualität & Patientensicherheit.

Das operative Ergebnis stellt das Ziel einer verbindlichen Prozesskette dar. Bereits bei der präoperativen Vorbereitung und Planung der Operation werden entscheidende Voraussetzungen für einen qualitätsgesicherten Verlauf determiniert. Der Grundgedanke des „Clinical Pathway“ ist die gesamthafte Organisation einer Patientenversorgung, die zu reproduzierbaren Ergebnissen und damit zu einer gesicherten Ergebnisqualität führt.

Die Gesellschaft verändert sich. Durch die Potenziale der Digitalisierung und durch eine erwartete Transparenz in der medizinischen Versorgung werden Patienten zu Recht reproduzierbare operative Ergebnisse einfordern.

Moderne Medizin und Operationstechniken werden durch einen zunehmenden Geräte- und Implantateinsatz, durch technisch aufwändige perioperative Diagnostik und interventionelle Chirurgie, durch navigiertes Operieren und durch den Einsatz von Robotik bestimmt. Die Beherrschbarkeit der von der Industrie entwickelten Gerätetechnik, aber auch die notwendige Digitalisierung und Vernetzung im OP verlangt von allen bisherigen Berufsgruppen neben einer zunehmenden Spezialisierung ein klar definiertes und verabredetes Handeln.

Die Reproduzierbarkeit von operativen Ergebnissen lässt sich nur durch eine konsequente Abstimmung aller Behandlungsschritte erreichen. Sie setzt gleichermaßen voraus, dass Ergebnisqualität messbar wird und transparent dargestellt wird. Die Schlagworte dazu heißen „Value Based Medicine“ und „Outcome Measurement“.

Die Chirurgie ist aufgefordert sich an der verbindlichen Organisation zu beteiligen. Die medizinische Verantwortung für Indikation und Durchführung operativer Eingriffe ist eindeutig definiert. Sie ist grundsätzlich eine ärztliche Entscheidung. Dennoch ist festzustellen, dass in vielen Häusern der Gedanke einer prozessualen Versorgung nicht

Bestandteil einer operativen Versorgung ist, dass sich insbesondere die Chirurgie wenig an der Gestaltung von Standards und Festlegungen beteiligt.

Standardisiertes Operieren bedeutet die einzelnen Operationsschritte so zu verabreden, dass unabhängig vom Operateur jeder Teilschritt präzise nach vorheriger Festlegung mit Verwendung von Instrumentarium und Material durchgeführt wird. Das Teilergebnis eines jeden Prozessschrittes ist definiert. Die Standardisierung beinhaltet eine Prozessorganisation, die auch potentielle Komplikationen und deren Beherrschbarkeit im Vorfeld verabredet hat.

Mit der Standardisierung wird gleichermaßen erreicht, dass die Zusammenarbeit der Teams im OP effizienter und zielgerichteter ablaufen kann. Die Verfügbarkeit von Material und Expertise kann in Abhängigkeit der standardisierten Operation organisiert werden. Standardisierung führt bereits mit der Indikationsstellung zu den notwendigen Vorhaltungen im OP.

DIE PROZESSQUALITÄT SETZT NEBEN EINER PROZESSORGANISATION AUCH DIE MESSBARKEIT VORAUS

Wenn man einen Prozess beschreiben will, benötigt man klar definierte Messpunkte. In der chirurgischen Versorgung sind dies Zeitpunkte, die bei der Versorgung von Patienten dokumentiert werden. Die valide Dokumentation von Zeitpunkten ermöglicht die daraus resultierenden Zeitdauern zu bewerten. So erhält man die notwendigen Rückschlüsse zur Verbesserung der Ablauforganisation.

Die Dokumentation von Prozessen und deren Auswertung führt auch dazu, dass die notwendigen Expertisen für einzelnen Prozessschritte erkannt werden. Sie verdeutlicht, welche Expertisen entwickelt und abgestimmt werden müssen.

STANDARDISIERUNG UND PROZESSORGANISATION LEISTEN EINEN WESENTLICHEN BEITRAG ZU EINER VERLÄSSLICHEN FORT- UND WEITERBILDUNG

Insbesondere die Facharztausbildung in den chirurgischen Fächern leidet darunter, dass der Weg zur Facharztausbildung nicht klar geregelt ist. Die Inhalte der Facharztausbildung werden durch die Landesärztekammer bestimmt. Im Vergleich zu den europäischen Nachbarländern existieren keine einheitlichen Curricula, die es den angehenden Fachärzt:innen ermöglichen ihre Expertisen strukturiert zu erwerben und in einer terminierten Ausbildung den Ausbildungsstand zuzuordnen.

Nach wie vor besteht eine Abhängigkeit von dem Gestaltungswillen und dem Engagement

der Führungskräfte innerhalb der Klinik. Berechtigterweise ist anzumerken, dass die Facharztausbildung häufig in der kalkulierten Personalbedarfsrechnung keinen Raum findet. Der Arbeitsplatz der Assistenzärzt:innen bietet nur wenig Zeit für eine tatsächliche chirurgische Ausbildung.

Eine Standardisierung von operativen Eingriffen ermöglicht die Schwierigkeitsgrade der einzelnen Teilschritte so zu bewerten, dass durch das Erlernen von Teilprozessen eine stufenweise Qualifizierung in der chirurgischen Ausbildung erreicht werden kann. Inhaltliche Vorbereitung und motorisches Training lassen sich koordinieren.

Weiterbildung darf nicht zu einem Qualitätsverlust in der chirurgischen Versorgung führen. Für Operationen in der Weiterbildung gilt eine besondere Verpflichtung zur Sorgfalt in der Vorbereitung und Planung. Diese beginnt

präoperativ und beinhaltet die notwendige Kommunikation. Das Ziel eines qualitätsgesicherten Ergebnisses für die Patienten ist weiterhin oberste Maxime.

EINE ERFOLGREICHE ENTWICKLUNG VON PROZESSLANDSCHAFTEN GELINGT DURCH DIE ORIENTIERUNG AN ANDEREN BRANCHEN

Der Blick in andere Organisationen verdeutlicht, dass Standardisierung im Prozess, Mitarbeiterorganisation und Expertisenentwicklung organisatorischer Alltag sind. Die Expertise bestimmt die Qualität, eine Abgrenzung durch Berufsständeinteressen wird als kontraproduktiv empfunden. ○

M3-Abschlusstraining STAATSEXAMEN UND KARRIERE

Berlin, 29.–30.09.2023

Intensiv-Vorbereitung auf die 3. Ärztliche Prüfung in Chirurgie und Innerer Medizin

→ www.staatsexamen-und-karriere.de

Bester
Support
für Ihre
PJ'ler:innen

- Echte M3-Prüfer:innen
- Fallbasierte Sessions
- Simulierte Prüfungssituationen
- Gespräche, Drinks und Snacks beim »Karriere-Speed-Dating«
- u.v.m.



BDC-Sitzungen beim gemeinsamen Bundeskongress Chirurgie (BCH)

Peter Kalbe

Der BDC hat sich im Jahr 2023 wieder mit insgesamt vier sehr gut besuchten berufspolitischen Sitzungen am Bundeskongress Chirurgie (10./11.02.2023) in Nürnberg beteiligt. Hier folgt ein kleiner Bericht über die BDC-Sitzungen auf dem Kongress.

SITZUNG NEUIGKEITEN BEI DER GEBÜHRENORDNUNG

Den Auftakt am Freitagmorgen machte die Darstellung der aktuellen Entwicklungen der Gebührenordnungen durch die beiden BDC-Vizepräsidenten. Dr. Jörg-A. Rüggeberg

stellte zunächst die Grundzüge der Zusammenlegung der Kapitel 7 (Chirurgie) und 18 (Orthopädie) in ein gemeinsames neues Kapitel 7 dar. In Zukunft wird die Abrechnung der Grundleistungen, z. B. auch der Verbände, für alle Säulen gemäß Weiterbildungsordnung möglich sein. Für die speziellen Leistungen werden für alle Säulen außer der Herzchirurgie eigene Kapitel geschaffen, darüber hinaus auch eine Zusatzpauschale für die Handchirurgie. Zukünftig wird zwischen einer einmaligen Diagnostikleistung und mehrfach abrechenbaren und auch delegierbaren Therapieleistungen differenziert. Im



Dr. med. Peter Kalbe
Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgie e.V. (BDC)
Kalbe@bdc.de

Behandlungsfall können maximal zwei Komplexe nebeneinander abgerechnet werden. Der BDC hat sich sehr dafür stark gemacht, dass Allgemeinchirurgen auch die Diagnostik von degenerativen Erkrankungen der Bewegungsorgane abrechnen können, allerdings nur, wenn sie mindestens 42 Monate Weiterbildung in Orthopädie und Unfallchirurgie nachweisen können.

Das neue Kapitel ist in der KBV abgestimmt, muss aber noch mit den Krankenkassen verhandelt werden, sodass noch Änderungen zu erwarten sind. Sobald das neue Kapitel final verabschiedet ist, wird der BDC dazu Schulungsseminare anbieten.

Die Honorar-Abwertung der sehr häufigen ambulanten Operationen der Kategorien 1 und 2 sorgte bei den ambulanten Operateuren für berechtigten Unmut. Damit wurde allerdings schließlich der Uralt-Beschluss aus dem Jahr 2012 zur kostenneutralen EBM-Reform endgültig umgesetzt. „Dies eröffnet für die nahe Zukunft die Chance, endlich substanzielle Honorarverbesserungen für die ambulanten Operationen (AOP) aufgrund einer betriebswirtschaftlich kalkulierten und an die aktuellen Hygienevorgaben angepassten Berechnung zu erreichen“, betonte Dr. Peter Kalbe.

Ausgewählte höherwertige Eingriffe werden seit dem Januar mit 60 Millionen Euro zusätzlichem Honorarvolumen gefördert, wodurch z. B. ambulante Hernien-Operationen bis zu 40 Prozent höher bewertet sind. Außerdem wurden einzelne Eingriffe zusätzlich in den Anhang 2 des EBM aufgenommen. Die neu geschaffene Möglichkeit der verlängerten Nachbeobachtung ermöglicht jetzt eine postoperative Betreuung bis zu 16 Stunden und damit in Einzelfällen auch eine Behandlung über die Mitternachtsgrenze hinaus. Weiterhin wurden als Einstieg in eine schweregradabhängige Vergütung eine Aufschlagsziffer für Rezidiv-Operationen eingeführt. Der BDC ist über den „Workshop AOP“ der KBV aktiv an der weiteren Fortentwicklung beteiligt, die vor allem die massiv gestiegenen Hygienekosten berücksichtigen soll.

Bezüglich der GOÄ-Reform wies Dr. Rüggeberg darauf hin, dass in dieser Wahlperiode des Bundestags schon allein aus politischen Gründen nicht mit einer Umsetzung zu rechnen ist. Die Bewertung der einzelnen Honorarpositionen ist zwischen Bundesärztekammer (BÄK) und PKV-Verband bis auf Details weitgehend konsentiert. Zurzeit wird eine Stichprobe einzelner Rechnungen als Prognose zu erwartender Änderungen analysiert. Bei einer

Kalbe P: BDC-Sitzungen beim gemeinsamen Bundeskongress Chirurgie (BCH).
Passion Chirurgie. 2023 Juni; 13(06):
Artikel 03_03.



Weitere Artikel zum Bundeskongress
finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de)
unter der Rubrik BDC|News.



Abb. 1: Dr. Rüggeberg (re.) und Dr. Kalbe in der Sitzung

anhaltenden Weigerung des Bundesgesundheitsministeriums, die Reform-GOÄ umzusetzen, will die BÄK alternativ die regelhafte Ansetzung der maximalen Steigerungsfaktoren und die vermehrte Abdingung propagieren. Der BDC war und ist an den weiteren GOÄ-Reformschritten beteiligt.

Im Gegensatz zur Privat-GOÄ wird die UV-GOÄ zur Abrechnung mit den Berufsgenossenschaften fortlaufend weiterentwickelt. Die Durchgangsärzte sollten sich daher regelmäßig auf der Homepage der KBV über den aktuellen Stand informieren. Zum Januar 2023 wurde eine mit 35,00 Euro dotierte Zuschlagsziffer (UV-GOÄ Nr. 411) für die sonografische Frakturkontrolle eingeführt, um die Frequenz von Röntgenkontrollen bei Kindern und Jugendlichen zu reduzieren. Die Zuschläge für das ambulante Operieren (Nrn. 442- 445) wurden um 10 Prozent angehoben und die Gebühr für den Durchgangsarztbericht als zentrale Leistung des D-Arzt-Verfahrens auf 20,00 Euro angehoben. Die Leistungen für telemedizinischen Beratungen nach den Nrn. 10 und 10a dürften in der unfallchirurgischen Behandlung nur selten zum Zuge kommen.

Es wurde allgemein besonders begrüßt, dass Frau Claudia Haisler von der DGUV an der Sitzung teilnahm und die Wünsche der teilnehmenden Chirurgen insbesondere nach einer Verbesserung der Honorare für das ambulante Operieren und für aufwändige Beratungsleistungen mitnahm. Der BDC ist in Person von Dr. Kalbe an den regelmäßigen Beratungen der Gebührenkommission nach § 52 des Ärztevertrages beteiligt.

SITZUNG SEKTORENVERBINDENDE VERSORGUNG

Dr. Arndt Voigtsberger aus Sondershausen bot zu Beginn einen Überblick über die aktuellen politischen Initiativen und stellte dabei vor allem die Quintessenz des IGES-Gutachtens vor. Er ging dann auch ausführlich auf die Systematik der geplanten Krankenhausstrukturreform mit drei bundeseinheitlichen Leveln und 128 Leistungsgruppen mit Strukturvorgaben ein. Insbesondere im Level II wird eine sektorenverbindende Kooperation der regional



Abb. 2: Frau Haisler und Dr. Kalbe am BDC-Stand

vorhandenen medizinischen Ressourcen unerlässlich werden. Es ist noch vollkommen unklar, unter welchen finanziellen Bedingungen dies für niedergelassene Ärzte attraktiv gestaltet werden kann. Es können sich hierdurch aber Chancen für eine gemeinsame Nutzung vorhandener Strukturen ergeben, die auch für ambulante Operationen genutzt werden können, unter Umständen auch mit erhöhtem und verlängertem Betreuungsbedarf.

Rechtsanwalt Oliver Butzmann aus der Kanzlei Dr. Heberer hob darauf ab, dass sich die Erfahrungen auf die Anwendung geltenden Rechts und auf konkrete Fälle der Mandanten beschränken. Im Vordergrund juristischer Verfahren stehe nach wie vor das Risiko eines Vorwurfs der Bestechlichkeit durch Zuweisung gegen Entgelt. Er beurteilte verschiedene Kooperationsmodelle unter dem Aspekt des Antikorruptionsgesetzes und berichtete, dass die befürchtete Klagewelle nach Einführung der Paragraphen 299 und 300 des Strafgesetzbuchs nicht eingetreten sei. Gleichwohl müssten Kooperationsverträge unter diesen Aspekten juristisch bewertet werden, um diese Risiken gering zu halten oder auszuschließen.

Dr. Stephan Dittrich hat in Deutschland die größte praktische Erfahrung mit Hybrid-DRGs

aus dem Modellprojekt mit der Techniker Krankenkasse und dem BDC in Thüringen. Er stellte die Bedeutung eines definierten Behandlungspfads und die Gewährleistung einer einheitlichen Qualität bei allen Beteiligten heraus. Im Modellprojekt wurde darauf geachtet, möglichst wenige Fremdleistungen in die Pauschalen einzubeziehen, um die Komplexität der Berechnung zu begrenzen. Die bisherigen Erfahrungen ergaben eine hohe Zufriedenheit der beteiligten Chirurgen und Krankenhäuser sowie der behandelten Patienten. Dr. Dittrich wurde aufgrund seiner Erfahrungen als Berater für die Neugestaltung der Hybrid-DRGs gemäß § 115f SGB V hinzugezogen. Die Expertise des BDC ist somit vertreten.

Dirk Farghal sah in seinem abschließenden Vortrag durchaus neue Chancen für die belegärztlichen Kollegen im Rahmen der anstehenden Krankenhausreform. Für die sektorenverbindende Tätigkeit in den Level-II-Krankenhäusern würde sich die belegärztliche Tätigkeit in vielen verschiedenen Fachbereichen geradezu aufdrängen. Als Zukunftsaufgabe der stationären Strukturen sieht Herr Farghal vor allem alle Notfallbehandlungen, während die elektive Chirurgie sich eher auf den ambulanten und belegärztlichen Bereich konzentrieren würde. Er ist als



Abb. 3: BDC-Stand beim BCH mit Dr. Rüggeberg (li.) und Dr. Kalbe

Delegierter des BDC auch im Beirat des Bundesverbands der Belegärzte tätig.

SITZUNG WANDEL IM BERUFSBILD DER NIEDERGELASSENEN CHIRURGEN – NUR NOCH ANGESTELLTE ÄRZTE UND MVZ?

Der BDC Vizepräsident Dr. Peter Kalbe führte zunächst mit Zahlen und Beispielen zum Thema ein. Die KBV-Statistik zeigt, dass immer mehr junge Chirurgen und Chirurgen nur im Angestelltenstatus und sehr häufig auch auf Teilzeitstellen arbeiten. Vom Nachwuchs wird der Tätigkeit in kollegialen Strukturen und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf ein hoher Stellenwert beigemessen. Diese Forderungen lassen sich in einer chirurgischen Einzelpraxis nur schwerlich umsetzen. Der bundesweite Trend geht zu Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und zu MVZ, die Einzelpraxis überwiegt aber noch zahlenmäßig. Zum Anteil investorengeführter MVZs

gibt es keine eindeutigen Indikatoren. Die vorhandenen Zahlen sprechen für einen prozentualen Anteil an allen MVZs im niedrigen einstelligen Bereich. Trotzdem sorgt dieses Thema für große mediale Aufmerksamkeit und gesetzgeberische Initiativen. Beim DKOU im Oktober 2022 haben sich die großen Player im orthopädischen Bereich (Helios, Kinios und Atos) selbstbewusst und positiv präsentiert. Der BDC empfiehlt seinen Mitgliedern seit vielen Jahren, Kooperation mit anderen Kollegen und mit Krankenhäusern anzustreben, wenn sich die Chance dazu bietet.

Dr. Susanne Armbruster präsentierte die Position der KBV zu MVZs und riet ebenfalls zu einer differenzierten Betrachtung. Sie erinnerte an die eigentliche Zielsetzung der MVZ-Struktur und stellte die zahlreichen strukturellen Änderungen seit 2004 dar. Aktuell stellen Chirurgen und Orthopäden die zweitgrößte Fachgruppe der in MVZs tätigen Ärzte nach den Hausärzten. Die KBV betrachtet den zunehmenden Einfluss von

Investoren ebenfalls mit Sorge und verspricht sich Verbesserungen vor allem durch die im Gutachten von Professor Andreas Ladurner für das Gesundheitsministerium erarbeiteten Maßnahmen. Armbruster und Kalbe waren sich einig, dass in allen Strukturen vor allem die Stellung der ärztlichen Leiter gestärkt und die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von ökonomischen Interessen gewährleistet werden muss.

Abschließend hatten noch die Repräsentanten von zwei „Aufkäufern“ die Gelegenheit, ihre Aktivitäten darzustellen. Alexander Zauter von der Atos-Gruppe stellte verschiedene Kooperationsmodelle vom „Joint Venture“ über den partiellen und vollen Anteilskauf vor. Der Fokus der Atos-Gruppe liege auf der hochqualitativen elektiven orthopädischen Chirurgie und ökonomische Einflussnahme würde allenfalls im kollegialen Diskurs erfolgen. Bei Übernahme werde auf einen sanften Übergang unter langfristiger Erhaltung bewährter Strukturen geachtet.

Abschließend beantwortete der Chirurg Dr. Christoph Haenisch als Mitglied der Geschäftsführung der 360°-Gruppe die Frage, ob die chirurgische Einzelpraxis noch eine Zukunft habe, eindeutig und sehr pointiert mit „Nein“. Er wies zur Begründung vor allem auf die umfangreichen und stetig wachsenden Verwaltungsaufgaben einer Praxis hin, die sich im Verbund und ab einer gewissen Praxis-Größe auch mit einem professionellen Geschäftsführer bzw. Geschäftsführerin optimieren ließen. Als Beispiel nannte er die Umsetzung der jetzt verpflichtenden elektronischen Arbeitszeiterfassung. Dies löste vehementen Protest der anwesenden Chirurgen aus Einzelpraxen aus, die sehr wohl fähig seien, all dies umzusetzen. Die anschließende lebhafteste Diskussion zeigte denn auch, dass sich die Kolleginnen und Kollegen auch als Einzelkämpfer in der Lage sehen, die Herausforderungen der Zukunft zu meistern. Der BDC vertritt dazu die Auffassung, dass unabhängig von den Praxis- oder BAG/MVZ-Strukturen vor allem die chirurgische Grundversorgung gewährleistet werden muss. Dies sollte auch bei der Bedarfsplanung und bei den Entscheidungen der Zulassungsausschüsse Berücksichtigung finden.

SITZUNG GEFÄSSCHIRURGIE IN DEUTSCHLAND HEUTE UND MORGEN

Dr. Sven Gregor stellte als niedergelassener Gefäßspezialist dar, dass grundsätzlich auch höherwertige Gefäßoperationen, z. B. in der Carotis-Chirurgie, grundsätzlich technisch ambulant durchführbar wären, dies jedoch vor allem aus medizinischen Sicherheitsabwägungen keinen Sinn habe. In weiten Bereichen ist die Gefäßchirurgie von endoluminalen Interventionen abgelöst worden. Die Varizenchirurgie kann nach Einschätzung von Dr. Gregor regelhaft ambulant erfolgen und wird heute meist auch endoluminal durchgeführt. Einziges Hindernis einer weitergehenden Ambulantisierung ist die unzureichende Vergütung im EBM. Alternativen sind i. v. Verträge nach § 140 SGB V. Hier seien Ergänzungen im Anhang 1 des EBM erforderlich. Entscheidend für den Operationserfolg ist nach seiner Einschätzung weniger der Ort der Leistungserbringung, sondern es zählen vielmehr die Qualität der chirurgischen Arbeit, die Infrastruktur und die Ausstattung im Operationssaal.

Professor Markus Steinbauer bot einen Überblick über die Organisationsstruktur seiner gefäßchirurgischen Klinik in Regensburg. Er stellte vor allem dar, welchen immensen Aufwand die Implementierung von geeigneten Strukturen für ambulante Operationen in den Kliniken bedeutet. Im Zuge der anstehenden Krankenhausreform wird die Kooperation der Klinik mit dem ambulanten Versorgungsbereich immer wichtiger. Er plädierte für u. a. für transsektorale Zentrumsstrukturen und für „Wundnetze“. Er hob auch auf das Problem des zunehmenden Fachkräftemangels ab. Darüber hinaus wird es immer schwieriger, eine umfassende Weiterbildung für die nachrückende Generation von Gefäßchirurgen zu gewährleisten. Er konnte zeigen, dass durch eine gute Organisation attraktive Weiterbildungsstellen geschaffen werden können, sodass er zurzeit keinen Mangel an Assistenzärzten bzw. -ärztinnen hat.

Dr. Martin Krajci betreibt in Erfurt gemeinsam mit chirurgischen Kollegen ein Venen- und Op.-Zentrum. Er stellte noch einmal ausführlich die Ergebnisse des IGES-Gutachtens dar und die bisher nur rudimentäre Umsetzung durch die ersten Schritte der EBM-Reform.

Dr. Krajci pflegt vor Ort eine enge Kooperation mit einem Krankenhaus, betonte aber ebenfalls, dass die Venenchirurgie heute keine stationäre Leistung mehr sei und sehr häufig vom MD regressiert werde.

Abschließend forderte Dr. Kerstin Schick die Gefäßchirurgen auf, mutig und aktiv die eigene Versorgungsqualität darzustellen. Sie stellte das gemeinsame Qualitätssiegel der Fachgesellschaft und des Berufsverbands der Phlebologen vor und forderte eine weitergehende Implementierung ähnlicher Qualitätssiegel auch für andere chirurgische Spezialisierungen zum Zweck des Marketings. Diese Forderung wurde in der anschließenden Diskussion kontrovers diskutiert und es wurde vor allem die Problematik schlechter Bewertungen auf den Arzt-Portalen bemängelt. Der Umgang der anwesenden Chirurgeninnen und Chirurgen mit negativen Arzt-Bewertungen variiert zwischen Gelassenheit und juristischen Gegenmaßnahmen.

Der BDC bietet Seminare zum Thema „Praxis-Optimierung“ an, Infos erhalten Sie über die **BDC|Akademie**. 

BDC|AKADEMIE

DEUTSCHE AKADEMIE FÜR CHIRURGISCHE FORT- UND WEITERBILDUNG



Empfohlen für
Berufseinsteiger:innen

In wissenschaftlicher
Kooperation mit:



BASIC SURGERY – LEARN & CHAT

Chirurgisches Basiswissen sicher beherrschen und souverän kommunizieren ist das Ziel dieses innovativen Blended-Learning-Programms. Das Angebot besteht aus drei Teilen: befristeter Zugang zur gesamten AMBOSS-Plattform um sich auf den Präsenz-Kurs vorzubereiten, dann ein zweitägiger Workshop in Berlin. Hier wird das Wissen durch Fallpräsentationen in Kleingruppen mit erfahrenen Chirurg:innen diskutiert. Aktive Beteiligung ist durch den Parcours mit realistischen Patient:innen-Fällen garantiert.

Am ersten Tag durchlaufen alle Teilnehmer:innen die Basic Cases und für den zweiten Tag suchen sie sich ihren Schwerpunkt vorab aus - Allgemein-/Viszeralchirurgie oder Orthopädie/Unfallchirurgie. Der dritte Teil ist eine AMBOSS Online-Prüfung: 60 Multiple-Choice-Fragen mit direktem Bezug zu den präsentierten Fällen, bequem zu Hause.

Basic Surgery – Learn & Chat	Berlin	Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder; Dr. med. Lena Rivera Cerezo	17.10. – 18.10.2023
------------------------------	--------	---	---------------------

Informationen und Anmeldung über www.bdc.de (Rubrik BDC|Akademie, Fachgebiet Basischirurgie)



Berufspolitischer Nachmittag beim BCH mit Akteuren und Akteurinnen aus dem Gesundheitswesen

Olivia Päßler

Zum Berufspolitischen Nachmittag hatte der Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC) am ersten Tag des Bundeskongresses Chirurgie (BCH) eingeladen, der am 10. und 11. Februar 2023 in Nürnberg stattgefunden hat. Der stellvertretende Vorsitzende des BNC, Dr. med. Frank Sinning, hielt die Einstiegsrede und führte kompetent und charmant durch die Veranstaltung. Zur Teilnahme an der Diskussionsrunde waren folgende Akteur:innen aus dem Gesundheitssektor eingeladen:

- **Dr. med. Wolfgang Bärthel**, niedergelassener Orthopäde und Vorstand Bayerischer Fachärztsverband BFAV (Neumarkt)
- **Amelie Kraaz**, Medizinstudentin im Praktischen Jahr (Nürnberg)
- **Hannelore König**, Verband Medizinischer Fachangestellter VMF (Hammah)

- **Gerlinde Mathes**, Patientenfürsprecherin am Klinikum Nürnberg
- **Dr. med. Tanja Baumgarten**, Oberärztin am Klinikum Darmstadt und aktiv im Verein „Die Chirurginen“ (Darmstadt)

Zu folgenden Fragen wurde Stellung genommen:

Was war in der Vergangenheit der größte Fehler in Ihrem Bereich?

- Baumgarten: In der Klinik herrscht eklatanter Personalmangel. Grund: Die Klinik ist nicht attraktiv wegen der Arbeitsbedingungen, des Gehalts und des Klimas.
- Bärthel: Wir haben uns gegen die Budgetierung des damaligen Bundesgesundheitsministers Horst Seehofer nicht gewehrt. Die Budgetierung muss abge-



Olivia Päßler
 Presse- & Öffentlichkeitsarbeit
 Berufsverband der Deutschen
 Chirurgie e.V. (BDC)
 paessler@bdc.de

Päßler O: Berufspolitischer Nachmittag beim BCH mit Akteuren und Akteurinnen aus dem Gesundheitswesen. Passion Chirurgie. 2023 Juni; 13(06): Artikel 03_04.



Weitere Artikel zum Bundeskongress
 auf BDC|Online (www.bdc.de)
 unter der Rubrik BDC|News.

schaft werden. Wir haben die falsche GOÄ-Strategie gewählt. Und drittens war die Bereitschaftsdienstordnung in Bayern ein Fehler.

- König: Die Versorgung ist schlecht: Es wurden viele Fehler gemacht und die demografische Entwicklung verpasst. Die Leistungen der Medizinischen Fachangestellten (MFA) in der Pandemie wurden nicht gesehen. Dabei wurden 90 Prozent aller Covid-Patienten ambulant versorgt, nicht stationär!
- Kraaz: Was uns belastet: Student:innen werden wegen Personalmangels in der Pflege eingesetzt, es gibt keine Zeit für die Ausbildung.

Welche Stellschraube in der Politik müsste gedreht werden?

- Baumgarten: Wir brauchen mehr Personal, mehr Geld, und wir müssen als Krankenhaus ein attraktiver Arbeitgeber werden.
- Kraaz: Es braucht mehr Arbeitszeitmodelle, Modelle für Familienplanung, Freizeitmodelle. Eine vernünftige Ausbildung muss gewährleistet sein. Außerdem muss das Zulassungsverfahren für Studierende der Medizin geändert werden.
- Mathes: Wir brauchen die Elektronische Patientenakte!
- König: Digitalisierung ist wichtig. Es braucht ein gutes Entlass-Management. Notfalldaten retten Leben. Doch durch das geplante Opt-out-Verfahren bei der EPA werden die MFA wieder zusätzlichen medizinischen Aufwand haben. Wichtig: Die Gehälter der MFAs müssen angepasst werden. Wir brauchen mehr Netto vom Brutto.
- Bärtl: Wir brauchen für die Patienten den Zugang zum Facharzt. Mindestens die chirurgische Grundversorgung muss aus dem Budget ausgenommen werden. Chirurg:innen, die sechs Jahre Weiterbildung haben, sollten davon auch ein Jahr in der Niederlassung arbeiten. Konservative Chirurgie, Orthopädie etc. lernt man nur in der Niederlassung. Das würde den Nachwuchs sichern.

Mit welchen Maßnahmen kann man nachhaltig eine Verbesserung erreichen?

- Baumgarten: Wir benötigen mehr Medizinstudienplätze und einen besseren Zugang zum Studium. Sinnvoll wäre eine Vernetzung in der Facharztweiterbildung zwischen Krankenhausmedizin und ambulanter Medizin. Das System wird besser, wenn wir vernetzt arbeiten.
- Kraaz: Das Zulassungsverfahren zum Medizinstudium ist nicht an den Beruf angepasst, Medizinstudienplätze sind Mangelware.
- Mathes: Mehr Zeit in der Pflege für und mit dem Patienten durch mehr Personal.
- Bärtl: Für die Patienten wichtig sind Zeit und Zuwendung. Wir müssen allerdings die grenzenlose Inanspruchnahme medizinischer Leistungen eindämmen. Daher brauchen wir eine sozialverträgliche Eigenbeteiligung.
- König: Wir brauchen eine moderne, neue Ausbildungsordnung für medizinische Pflegeberufe. Es muss mehr berufliche Perspektiven, mehr Vielfalt und mehr Eigenverantwortung geben. Wir brauchen gute Angebote im Bereich Praxismanagement. Die Ausbildung muss akademisiert werden. Außerdem muss eine ausreichende Finanzierung der ärztlichen Regelversorgung gesichert sein, damit die Ärzt:innen angemessene Gehälter zahlen können. Wir fordern einen Inflationsausgleich von 1.500 Euro und 15 Prozent Lohnerhöhung.

Wenn wir uns in 2 bis 3 Jahren treffen, was wird erreicht sein?

- Baumgarten: Wir wünschen uns medizinisches Personal in allen Berufsgruppen (MFA, Anästhesieassistenten, Ärzte), das in unserem Krankenhaus bleibt, und dass die Digitalisierung positiv weitergeht.
- König: Es gibt jetzt schon ein Grundrauschen. Politisch sollen in allen Bundesländern die Rolle der medizinischen Fachangestellten gefördert werden. Die Zukunft der Praxis wird sein, dass das Team eine wesentliche Rolle einnimmt. Die Aufgaben werden clever aufgeteilt

werden. Die Digitalisierung wird laufen müssen. Bestenfalls wird die Bundesregierung beim Vorhaben der Entbürokratisierung die MFA mit einbinden.

- Kraaz: PJ-ler wünschen sich eine faire, gesicherte Bezahlung und eine gesicherte Ausbildung. Ärzt:innen sollen den Studierenden wieder mehr praxisnahe Tätigkeiten beibringen und die

angehenden Ärzt:innen sollen weniger mit Bürokratie belastet sein.

Zum Abschluss der Veranstaltung hielt der Staatsminister des Landes Bayern und Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz, Klaus Holetschek, eine kurze Ansprache, in der er unter anderem die Entbudgetierung der fachärztlichen Tätigkeit forderte.

Insgesamt wurden von den Teilnehmern auf dem Podium die bekannten berufspolitischen und aus der Sicht der eigenen Klientel nachvollziehbaren Positionen und Forderungen vertreten. Die Resonanz der Zuhörer hielt sich in Grenzen. Die Forderung nach einer grundsätzlichen Entbudgetierung fachärztlicher Leistungen fand lebhaft Zustimmung. ○



An unternehmerisch denkende Praxisinhaber*innen

Es geht um das Thema Ausweitung der Praxis zum Zentrum für ambulant Operieren.

Entscheidend ist, dass Ihr Plan sicher aufgeht und die Realisierung funktioniert. Sollten Sie Interesse haben, sind wir Ihr Partner für das gesamte Projekt: Planung, Finanzierung, Umsetzung und Begleitung.

Zu den Leistungen von Getinge/Maquet gehört die Errichtung kompletter ambulanter OP-Zentren und deren Finanzierung in wesentlichen Teilen.

Bekannt sind wir für Premium-OP-Tische, ZSVA-Ausstattung, OP-Saal-Technik und Software-Lösungen zum OP-Management.

Haben Sie bereits Pläne in diese Richtung, sollten wir miteinander sprechen.

Wir freuen uns sehr, wenn Sie Kontakt zu uns aufnehmen:

Daniel Hollenbach · Tel: +49 173 2346476 · daniel.hollenbach@getinge.com



Sprechen Sie uns an.

Code scannen und Termin vereinbaren.

60 Jahre Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie

Barbara Ludwikowski

Vor fast 180 Jahren erkannte man bereits, dass eine kindgerechte Betreuung durch spezialisierte Ärzte und Pflegepersonal notwendig ist, um den Besonderheiten des sich entwickelnden Organismus Rechnung zu tragen. Es entstanden die ersten Abteilungen und Krankenhäuser nur für Kinder, meist durch Spendengelder finanziert.

Die Wiege der Kinderchirurgie in Deutschland ist das 1846 gegründete Dr. von Haunersche Kinderspital, in dem von Beginn an operative Eingriffe durchgeführt wurden. Am 21. September 1957 wurde dort die *Arbeitsgemeinschaft westdeutscher Kinderchirurgen* innerhalb der deutschen Gesellschaft für Chirurgie gegründet, um die wissenschaftlichen, fachlichen und beruflichen Belange der Kinderchirurgen und -chirurginnen zu verwirklichen. Professor Anton Oberniedermayr, damaliger Ordinarius im Dr. von Haunerschen Kinderspital, lud dazu eine Gruppe von 14 Kinderchirurgen aus der gesamten Bundesrepublik ein. In der Folge wurden er und Professor Fritz Rehbein zur Gründung einer eigenen Fachgesellschaft durch enge Kontakte mit Kollegen der 1953 gegründeten *British Association of Pediatric Surgeons (BAPS)* inspiriert.

Auf dem Chirurgenkongress am 17. April 1963 deklarierte Professor Oberniedermayr die AG zur **Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie**. Damit hatte die deutsche Kinderchirurgie als eigenständige Fachgesellschaft deutlich mehr Gewicht in der Interessenvertretung für die speziellen Belange der Kinderchirurgie und eine gleichwertige Zusammenarbeit mit anderen nationalen und internationalen wissenschaftlichen Gesellschaften wurde gewährleistet.

Professor Oberniedermayr war der Gründungspräsident von 1963-1964 und Professor

Fritz Rehbein folgte ihm von 1964-1970. Er führte die deutsche Kinderchirurgie zur Weltgeltung durch seine innovativen Operationen, beispielsweise beim M. Hirschsprung. Aufgrund seiner außerordentlichen Verdienste heißt die Ehrenmedaille der DGKCH als höchste Auszeichnung der Fachgesellschaft seit 1992 „Fritz-Rehbein-Ehrenmedaille“.

In der DDR erfolgte parallel eine ähnliche Entwicklung wie in Westdeutschland. Der Facharzt für Kinderchirurgie wurde 1955 etabliert. Ilse Krause, Chefärztin der kinderchirurgischen Klinik in Berlin Buch, und Fritz Meißner, ärztlicher Direktor der Klinik für Kinderchirurgie in Leipzig, waren die ersten Fachärzte für Kinderchirurgie in Deutschland.

Fritz Meißner gründete 1964 die Sektion Kinderchirurgie der Gesellschaft für Chirurgie der DDR und am 19. Oktober 1985 die Medizinisch-Wissenschaftliche Gesellschaft für Kinderchirurgie der DDR.

Am 17. November 1990 erfolgte, bedingt durch die wiederhergestellte Einheit Deutschlands am 3. Oktober, im Rahmen einer außerordentlichen Mitgliederversammlung mit Professor Daum als Präsidenten der DGKCH, die Aufnahme der ärztlichen Mitglieder der Medizinisch-Wissenschaftlichen Gesellschaft für Kinderchirurgie in die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie. Damit waren erstmalig aus Ost- und Westdeutschland die deutschen Kinderchirurgen und -chirurginnen in einer Fachgesellschaft vereint.

In der Präambel der Satzung der DGKCH steht: „Die DGKCH wurde gegründet, um auf die Verwirklichung der bestmöglichen kinderchirurgischen Versorgung, auch in Zusammenarbeit mit anderen nationalen und internationalen wissenschaftlichen Gesellschaften, hinzuwirken.“



**PD Dr. med. Barbara Ludwowski,
FEAPU**

Chefärztin
Klinik für Kinderchirurgie und
Kinderurologie
Präsidentin Deutsche Gesellschaft für
Kinderchirurgie (DGKCH)
AUF DER BULT
Kinder- und Jugendkrankenhaus
Janusz-Korczak Allee 12
30173 Hannover
ludwowski@hka.de

Dies gelingt durch die Organisation und Durchführung wissenschaftlicher Tagungen im Rahmen des Deutschen Kongresses für Chirurgie, der Chirurgischen Forschungstage und des Kongresses für Kinder- und Jugendmedizin. International ist die Vernetzung durch unsere Mitglieder in den Vorständen der EUPSA – European Paediatric Surgical Association und WOFAPS – World Federation of Associations of Pediatric Surgeons sowie der ESPU – European Society of Paediatric Urology als Kongressausrichter in Deutschland gewährleistet.

Für die Zukunft der Kinder- und Jugendchirurgie ist eine konsequente Förderung des Nachwuchses im Einklang mit Krankenversorgung, Forschung, Lehre und Weiterbildung gefragt. Die Akademie für Kinderchirurgie unterstützt die fachärztliche Weiterbildung. Der Arbeitskreis der Assistent:innen hat unter Pandemiebedingungen „KIWI“, Kinderchirurgische Weiterbildung im Internet, ins Leben gerufen und hat damit moderne Kommunikationsformen in unserer Fachgesellschaft implementiert. Die DGKCH ist in Social-Media-Plattformen seit diesem Jahr aktiv.

Die Exzellenzakademie, die am 29. April 2023 ihre Gründungsveranstaltung in München hatte, stärkt die akademische Kinderchirurgie in Deutschland. Dies dient dem Ziel, den Fortbestand unseres Fachgebiets mit hochqualifizierten kinderchirurgischen Chefärzt:innen in der Zukunft sicherzustellen.

Registerarbeit ist wesentlich in der Versorgungsforschung. Die Etablierung des Kinderregisters für angeborene Fehlbildungen und kommende Auswertung der Daten führt zu

einer Qualitätssteigerung der Versorgung betroffener Kinder.

Kernkompetenzen der operativen Kinder- und Jugendmedizin sind neben der allgemeinen Kinderchirurgie die Neugeborenen- und Fehlbildungschirurgie, Kinderonkochirurgie, Kinder- und Jugendurologie, Kindertraumatologie und plastische Kinderchirurgie.

Diese Kernkompetenzen werden wir gemeinsam in den folgenden Jahren weiterentwickeln und durch Zentralisierung für bestimmte Krankheitsbilder in der Zukunft garantieren. Technische Verbesserungen mit schonenden, modernen Operationsverfahren und einer innovativen Bildgebung werden nachhaltig einen positiven Einfluss auf das Behandlungsergebnis unserer Patienten haben.

Wir haben in diesem Jubiläumsjahr unsere Fachgesellschaft in Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie umbenannt, um unseren Versorgungsauftrag auch für die Jugendlichen auszudrücken.

Wir stellen uns den kommenden sozialen Herausforderungen wie klimaneutrale Medizin, Fachkräftemangel oder Vereinbarkeit von Familie und Beruf. In der Zukunft müssen wir den Spagat zwischen hochspezialisierter Versorgung seltener Krankheitsbilder und der Versorgung in der Fläche meistern.

Diese Ziele erreichen wir gemeinsam durch die weitere enge und produktive Kooperation mit den angrenzenden Fächern, insbesondere den Pädiatern und den chirurgischen Kolleginnen und Kollegen der DGCH. ○

Ludwowski B: 60 Jahre Deutsche
Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie.
Passion Chirurgie. 2023 Juni; 13(06):
Artikel 03_05.



Artikel zur Kinderchirurgie finden
Sie auf BDC|Online (www.bdc.de)
unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete |
Kinderchirurgie.



© iStock/Pollyana Ventura



Das erste Jahr SURGEON TALK – eine neue Erfahrung

Wolfgang Schröder, Anna Duprée, Avi Schotland, Mara Goetz, Benedikt Braun, Sylvia Joachimi, Stephan Freys

Vor einem Jahr, am 1. Juni 2022, wurde der erste BDC-Podcast unter dem Markennamen SURGEON TALK online gestellt. Seitdem sind kontinuierlich im zweiwöchigen Rhythmus weitere Episoden in den verschiedenen sozialen Medien erschienen, der 29. Podcast als erster Meilenstein wurde im Juni 2023 publiziert. Grund genug für die Macher, ein erstes Fazit zu ziehen und einen kurzen Ausblick zu präsentieren.

SURGEON TALK war vor einem Jahr angetreten, um das Spektrum der BDC|Akademie in chirurgischer Fort- und Weiterbildung mit einem neuen Medium zu erweitern – ein Medium, das im Format einer Audiodatei das Potenzial hat, aktuelle Themen rund um die Chirurgie auf kurzem Weg in die chirurgische Community über den Kreis der BDC|Mitglieder hinaus zu transportieren. Damit war auch klar, welche Zielgruppe mit diesem Projekt angesteuert wurde, da Podcasts mit das

favorisierte Medium der jungen Generation in den Social Medias sind. Dieses Konzept ist vollständig aufgegangen, wenn man sich die aktuellen User-Zahlen auf Spotify und iTunes anschaut. Hier dominieren gegenwärtig mit Abstand die 20- bis 35-Jährigen die Hörerschaft von SURGEON TALK.

Ist eine Podcast-Serie wie SURGEON TALK deshalb auch geeignet, die Weiterbildung junger Chirurgen:innen als begleitendes Medium des täglichen Berufslebens substanziell zu verbessern? Diese Frage muss letztendlich mit einem klaren Nein beantwortet werden. Dies liegt insbesondere daran, dass sich die Themenauswahl dieser Podcast-Reihe nicht an der inhaltlichen Struktur der Weiterbildungsordnung orientiert – ein Aspekt, den das Team von SURGEON TALK womöglich noch in die redaktionelle Planung der Themen mit aufnehmen könnte, um zumindest das Level „Kenntnisse“ der drei Weiterbildungskompetenzen



**Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder,
FACS, FEBS**

Leiter der Deutschen Akademie für
chirurgische Fort- und Weiterbildung
Berufsverband der Deutschen
Chirurgie e.V.
Leitender Oberarzt
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor-
und Transplantationschirurgie
Universitätsklinik Köln
Kerpener Str. 62
50937 Köln
schroeder@bdc.de

*Bild: Wolfgang Schröder, Sylvia Joachimi,
Avi Schotland, Mara Goetz, Benedikt
Braun, Anna Dypree, Stephan Freys*

Co-Autoren:

- PD Dr. med. Anna Duprée
- Avi Schotland
- Dr. med. Mara R. Goetz
- PD Dr. med. Benedikt J. Braun
- Sylvia Joachimi
- Prof. Dr. med. Stephan M. Freys

Mehr auf: www.surgeontalk.de

Schröder W: Das erste Jahr SURGEON TALK –
eine neue Erfahrung. Passion Chirurgie.
2023 Juni; 13(06): Artikel 04_01.



Weitere Artikel zu unseren Podcasts
Surgeon Talk finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
Aus-, Weiter- und Fortbildung |
Akademie Aktuell.

abzudecken. Aber das war und ist nicht das Ziel
von SURGEON TALK.

**Worin liegt dann der eigentliche Nutzen einer
aufwendigen Podcast-Produktion?** Natürlich
will SURGEON TALK chirurgisches Wissen ver-
mitteln, aber das ist vielleicht nicht der primäre
Fokus. Es geht unserem Team von SURGEON
TALK um Eines: wir wollen begeistern für das
Fach Chirurgie, begeistern für die Vielfalt der
chirurgischen Tätigkeit und damit verbunden
die Möglichkeit zur persönlichen Entwicklung
und Lebensgestaltung. Damit folgt SURGEON
TALK der langjährig etablierten Strategie der
BDC-Kampagne „Nur Mut! Chirurgie zum Mit-
machen“, die mit den landesweit angebotenen
Workshops insbesondere den Medizinstudie-
renden einen ersten Einblick in die manuelle
Tätigkeit des chirurgischen Berufslebens geben
soll. „Lust auf mehr“ ist das tragende Konzept
dieser Workshops, aber auch von SURGEON
TALK, dies mit der Überzeugung, dass nur die
initiale Begeisterung für ein Fach in die Passion
führt.

Diese Begeisterung hat auch unser Team von
SURGEON TALK durch das erste Jahr getragen
und die Zutaten für dieses Rezept sind einfach
zusammengestellt. Erstens: ein Team, das alle
Stufen der chirurgischen Karriereleiter abbildet,
vom Studierenden bis zum Chirurgen mit lang-
jähriger Berufserfahrung. Zweitens: monat-
liche redaktionelle Online-Meetings, in denen
alle Mitglieder des Teams zu gleichen Teilen zu
Wort kommen, aber auch zuhören und damit
aktiv das Gesamtprodukt mitgestalten. Drit-
tens: ein professionelles Back-up in Organisa-
tion, Marketing und technischer Produktion
wie SURGEON TALK es mit der BDC|Akademie
und der Firma Monks – Ärzte im Netz GmbH,
München, hat. Für die Gestaltung eines Audio-
formats sind hier die unterschiedlichen Spra-
chen der mitarbeitenden Generationen von
überragender Bedeutung. Alle Beteiligten von
SURGEON TALK haben wertvolle Erfahrungen
gesammelt, die durchaus auf andere, vielleicht
zu hierarchische Strukturen übertragbar sind.
Das ist erfolgreiche Projektarbeit durch gelebte
Partizipation des gesamten Teams. Und mit
unseren drei Hauptsponsoren Corza Medical

GmbH, Karl Storz SE & Co. KG und Medtronic
GmbH haben wir Gleichgesinnte gefunden,
die auch für die Chirurgie leben und die erste
chirurgische Podcast-Reihe nicht nur finanziell
unterstützen.

SURGEON TALK muss und will sich weiter-
entwickeln – mit neuen Inhalten, mit modifi-
zierten Formaten und auch einer Erweiterung
der Zielgruppe. Als Beispiel kann hier der bei
Drucklegung in Planung befindliche Pod-
cast „DCK Kompakt“ aufgeführt werden.
In dieser einstündigen Audiodatei werden
vom SURGEON-TALK-Team die Highlights des
Deutschen Chirurgenkongresses 2023 aus
München als bunter Strauß aktueller chir-
urgischer Entwicklungen, aber auch berufs-
politischer Kontroversen in kurzen Interviews
zusammengefasst – eine in dieser Form inno-
vative Kongressnachlese.



Der Marktwert eines Podcasts orientiert sich
heutzutage ausschließlich an den User-Zahlen
und in diesem Punkt ist es nicht einfach, den
Erfolg von SURGEON TALK als Non-Profit-Unter-
nehmen gegenwärtig richtig zu taxieren. Die zu
erreichenden Klickzahlen in den Social Media
müssen sich an der möglichen Zielgruppe ori-
entieren, aber es ist auch zu vergleichen, wie
viele Interessierte ein klassisches Fortbildungs-
format zum gleichen Thema erreicht hätte.
Basierend auf der jährlich publizierten Ärzte-
statistik der Bundesärztekammer befinden
sich deutschlandweit ungefähr 10.000 Ärzte:in-
nen in einer chirurgischen Weiterbildung. Das
erklärte Ziel ist, 25 Prozent dieser Berufsgruppe
als Stammhörerschaft für SURGEON TALK zu
gewinnen. Wir sind auf gutem Weg dahin.

Deswegen: Wer unsere Idee eines chirurgi-
schen Podcasts unterstützen will, hört sich
SURGEON TALK auf den Streaming-Diensten
an und empfiehlt uns weiter. In einem Jahr
werden wir dann wieder berichten. [https://
www.surgeontalk.de/](https://www.surgeontalk.de/)





Dr. med. Nina Parohl
Ärztliche Mitarbeiterin
HyKoMed GmbH

Prof. Dr. med. Prof. h. c. (MNG) Walter Popp
Ärztlicher Leiter
HyKoMed GmbH
Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für
Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)
popp@hykomed.de

Prof. Dr. rer. nat. et rer. medic. habil. Lutz Jatzwauk
Krankenhaushygiene/Umweltschutz
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Dr. rer. nat. Wolfgang Kohnen
Stellvertretender Abteilungsleiter Krankenhaushygiene
Beauftragter für das Qualitätsmanagement
Abteilung für Hygiene und Infektionsprävention
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität
Mainz
Vorstand der Deutschen Gesellschaft für
Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)

Parohl N, Popp W, Jatzwauk L, Kohnen W: Hygiene-Tipp:
Feuchtarbeit – Chirurgen eher nicht mehr betroffen.
Passion Chirurgie. 2023 Juni; 13(06): Artikel 04_03.



Weitere Hygiene-Tipps finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de), Rubrik Wissen | Qualität &
Patientensicherheit | Hygiene-Tipp.

HYGIENE TIPP

Feuchtarbeit – Chirurgen eher nicht mehr betroffen

Bisher wurde das ausschließliche Tragen von flüssigkeitsdichten Schutzhandschuhen für kumuliert mindestens zwei Stunden als Feuchtarbeit angesehen. Die im Oktober 2022 aktualisierte TRGS 401 (Gefährdung durch Hautkontakt – Ermittlung – Beurteilung – Maßnahmen) gibt dies nicht mehr vor.

Weiterhin ist eine Gefährdungsbeurteilung durchzuführen, wobei insbesondere auf Waschfrequenzen zu achten ist.

Eine arbeitsmedizinische Pflichtvorsorge ist danach anzubieten bei Feuchtarbeit von regelmäßig vier Stunden oder mehr am Tag. Im Hinblick auf das Gesundheitswesen ist dies vor allem der Fall bei Tragen von flüssigkeitsdichten Schutzhandschuhen im häufigen Wechsel mit Waschen der Hände (mehr als zehnmal pro Arbeitstag).

Eine arbeitsmedizinische Angebotsvorsorgeuntersuchung ist anzubieten bei Feuchtarbeit von regelmäßig mehr als zwei Stunden am Tag, konkret Tragen von flüssigkeitsdichten Schutzhandschuhen im häufigen Wechsel mit Waschen der Hände (mehr als fünfmal und bis zu zehnmal pro Arbeitstag).

Wir empfehlen zur Minimierung der Feuchtarbeiten:

- Die Hände im Rahmen der chirurgischen Händedesinfektion, anders als in der 1888 von Fürbringer beschriebenen Methode, nur vor der ersten Operation am Tag, nach Toilettenbenutzung sowie nach sichtbarer Perforation der OP- Handschuhe zu waschen. Dieses Vorgehen beschreiben auch die aktuellen Empfehlungen der KRINKO am RKI „Prävention postoperativer Wundinfektion“ (2018) und „Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ (2016). Die meisten Chirurgen dürften demnach heutzutage auch nicht mehr von der Feuchtarbeit betroffen sein.
- Die Tragezeit von (unsterilen) Schutzhandschuhen durch nicht zum OP-Team gehörende Mitarbeiter auf die wirklich notwendigen Kontaktzeiten mit Gefahrstoffen (z. B. Flächendesinfektionslösungen) oder Körpersekreten (Exkreten) sowie Blut zu begrenzen.
- Die jeweilige Gefährdungsbeurteilung durch den Betriebsarzt oder eine Fachkraft für Arbeitssicherheit durchführen zu lassen.

Das ausschließliche Tragen von flüssigkeitsdichten Schutzhandschuhen ist nach Definition keine Feuchtarbeit.

Im Anhang 1 der neuen TRGS 401 sind Beispiele für Feuchtarbeit bei Tätigkeiten mit wechselnden Arbeitsbedingungen angegeben. Medizinisches Personal wird darin nicht genannt.

Der Kurztipp im Auftrag der DGKH gibt die Meinung der Autoren wieder.



Personalia



Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie gratulieren allen Mitgliedern zu den neuen Funktionen, Ernennungen oder Auszeichnungen.

Bitte geben Sie uns Bescheid, wenn sich für Sie beruflich etwas ändert. Senden Sie uns einfach eine kurze Nachricht mit Ihrer neuen Funktion und wir veröffentlichen die Neuigkeiten an dieser Stelle. Bitte schreiben Sie an passion_chirurgie@bdc.de.

JUNI 2023

Dr. med. Sebastian T. Berendes, seit 2019 leitender Oberarzt der Klinik für Plastische, Ästhetische und Plastisch-Rekonstruktive Chirurgie am Dreifaltigkeits-Krankenhaus Wesseling, hat Anfang April 2023 die chefärztliche Leitung der Klinik übernommen, die er seit September 2022 bereits kommissarisch führte.

Dr. med. Frank Werner Brennfleck ist seit Februar 2023 Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Helios Klinikum in Meiningen.

Dr. med. Gunda Leschber, ehem. Chefärztin der Klinik für Thoraxchirurgie an der Ev. Lungenklinik in Berlin-Buch, wurde Ende April 2023 beim Deutschen Chirurgie Kongress DCK 2023 zum Ehrenmitglied des Vereins „Die Chirurgeninnen e.V.“ gewählt. Ab August 2023 wird sie ihre durch die Covid19-Pandemie unterbrochene Gastprofessur an der Harvard University wiederaufnehmen und künftig jährlich für jeweils drei Monate in Boston tätig sein.

PD Dr. med. Rolf Linder ist seit Februar 2023 leitender Oberarzt an der Klinik für Thoraxchirurgie des Klinikum Bayreuth. Zuletzt war Linder chirurgischer Chefarzt bei Aneos Alfeld/Leine.

Prof. Dr. med. Dr. Andreas Markewitz, OTA a.D., Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG), wurde für seine Verdienste um die chirurgische Intensivmedizin auf dem DCK 2023 die Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) verliehen.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, langjähriger BDC-Präsident, wurde auf dem diesjährigen Chirurgenkongress (DCK 2023) zum Ehrenszenator der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) auf Lebenszeit ernannt und von der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) mit der Ehrenmitgliedschaft ausgezeichnet.

Prof. Dr. med. Max V. Meyer-Marcotty, Direktor der Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie/Handchirurgie am Klinikum Lüdenscheid, hat am 04. Mai 2023 von Herrn Prof. Dr. M. Manns, Präsident der Medizinischen Hochschule Hannover, die Ernennungsurkunde zum Außerplanmäßigen Professor der MHH erhalten. Meyer-Marcotty hat sich wissenschaftlich u. a. mit Fragen der Arthrosebehandlung an Finger- und Handgelenken und der chirurgischen Therapie einer chronischen Polyneuropathie beschäftigt.

Prof. Dr. med. Christoph Michalski ist seit April 2023 neuer Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Heidelberg (UKHD). Er wechselte vom Universitätsklinikum Ulm, wo er in gleicher Position beschäftigt war.

Dr. med. Saad Rustum hat zu Anfang April 2023 die Leitung der Klinik für Gefäßmedizin am Sana-Klinikum Hameln-Pyrmont übernommen. Er wechselte von der Klinik für Herz-, Thorax-, Transplantations- und Gefäßchirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover, Zentrum Chirurgie, wo er zuletzt als Leiter der Gefäßchirurgie fungierte. ○



Personalia-Meldungen finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de), unter der Rubrik Wissen | Karriere.

Ultraschall des Bewegungsapparates

Peter Kalbe



Ultraschall des Bewegungsapparates Praxishandbuch mit Vergleichsbildern

Rudolf Horn | Christoph F. Dietrich
2022, 87 Seiten, 152 Abbildungen,
komplett vierfarbig, Format DIN A5,
Spiralbindung
ISBN 978-3-7691-3766-8
39,99 Euro

Beim Verlag bestellen: [www.bit.ly/
UltraschallBewegungsapparat](http://www.bit.ly/UltraschallBewegungsapparat)

Rezensent:

Dr. med. Peter Kalbe
Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgie e.V. (BDC)
Gelenkzentrum Schaumburg
Kalbe@bdc.de

Kalbe P: Rezension: Ultraschall des
Bewegungsapparates. Passion Chirurgie.
2023 Juni; 13(06): Artikel 04_05.

Dieses neue Praxishandbuch wurde von einem Allgemeinmediziner und einem Internisten aus der Schweiz erstellt, also nicht von Unfallchirurgen oder Orthopäden. Es zeugt jedoch von der Kompetenz und Erfahrung der Autoren bei der sonografischen Diagnostik von Verletzungen und Erkrankungen der Bewegungsorgane.

Die kurze und praktische Übersicht handelt von kranial (Schulter) bis kaudal (Sprunggelenk) die wichtigsten Regionen ab. Die Kapitel gliedern sich jeweils in eine Übersicht der normalen Anatomie, der Indikationen sowie der sonografischen Standard-Schnittebenen und korrelierend dazu der normalen Sono-Anatomie. Anschließend werden jeweils die häufigsten pathologischen Ultraschallbefunde bei Verletzungen und Erkrankungen sehr übersichtlich, instruktiv und nachvollziehbar dargestellt. Dabei gehen die Autoren auch kurz auf häufige Darstellungsprobleme und potenzielle Artefakte ein.

Die robuste Ausstattung dieses Kompendiums ist rundum überzeugend: Das praktische Ringbuchformat erlaubt es, einzelne Seiten aufgeschlagen zu lassen. Das Papier ist wasserfest kaschiert, sodass man - wie vorgesehen - das Buch für einen raschen Blick auf die Schnittebenen oder zum Abgleich der Normalbefunde direkt am Ultraschallgerät liegen lassen kann. Dabei bietet es weniger Erfahrungen wertvolle Hilfestellungen und kann auch

Ultraschall-Profis Hinweise auf bisher nicht durchgeführte Untersuchungen geben.

Kritisch ist anzumerken, dass die in der Unfallchirurgie und Orthopädie eingesetzten Ultraschallgeräte in der Regel keine Farbdoppler-Funktion bieten, sodass die Hinweise auf die pathologische Vaskularisation bei den häufigen überlastungsbedingten Erkrankungen - wie z. B. der Achillodynie - meist ins Leere laufen. Darüber hinaus hätte man sich als weitere anatomische Region die Darstellung der proximalen Oberschenkelrückseite gewünscht, um Verletzungen der Hamstrings sicher beurteilen zu können.

Dies mindert jedoch nicht den Wert dieses preiswerten Buchs für die tägliche sonografische Tätigkeit in Unfallchirurgie und Orthopädie. Die Bedeutung der Sonografie gerade auch für die orientierende Erstdiagnostik bei Weichteilverletzungen kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Eine kompetente Ultraschalluntersuchung kann dazu beitragen, den Aufwand und die Kosten für MRT-Untersuchungen zu mindern. Auch deswegen werden technische und fachliche Kompetenzen in der Ultraschalldiagnostik demnächst eine der Voraussetzungen für eine durchgangsärztliche Tätigkeit sein. Das vorliegende Büchlein von Horn und Dietrich kann dazu beitragen, sich auf den aktuellen Stand dieser Technik zu bringen.



Weitere Rezensionen finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de), Rubrik Wissen |
Aus-, Weiter- & Fortbildung | Rezensionen.

Frage & Antwort



Extrabudgetäre Vergütung für Neupatienten



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

Justitiar BDC
Rechtsanwalt und Fachanwalt für
Medizinrecht
justitiar@bdc.de

Heberer J: F+A: Extrabudgetäre Vergütung für Neupatienten. *Passion Chirurgie*. 2023 Juni; 13(06): Artikel 04_06.



Weitere Fragen & Antworten finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen |
Recht & Versicherung).

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob es rechtmäßig ist, dass die KV ihm die extrabudgetäre Vergütung für Neupatienten verweigert, nachdem er die vormalig bestehende Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) nach Ausscheiden des Praxispartners nun als Einzelpraxis führt.

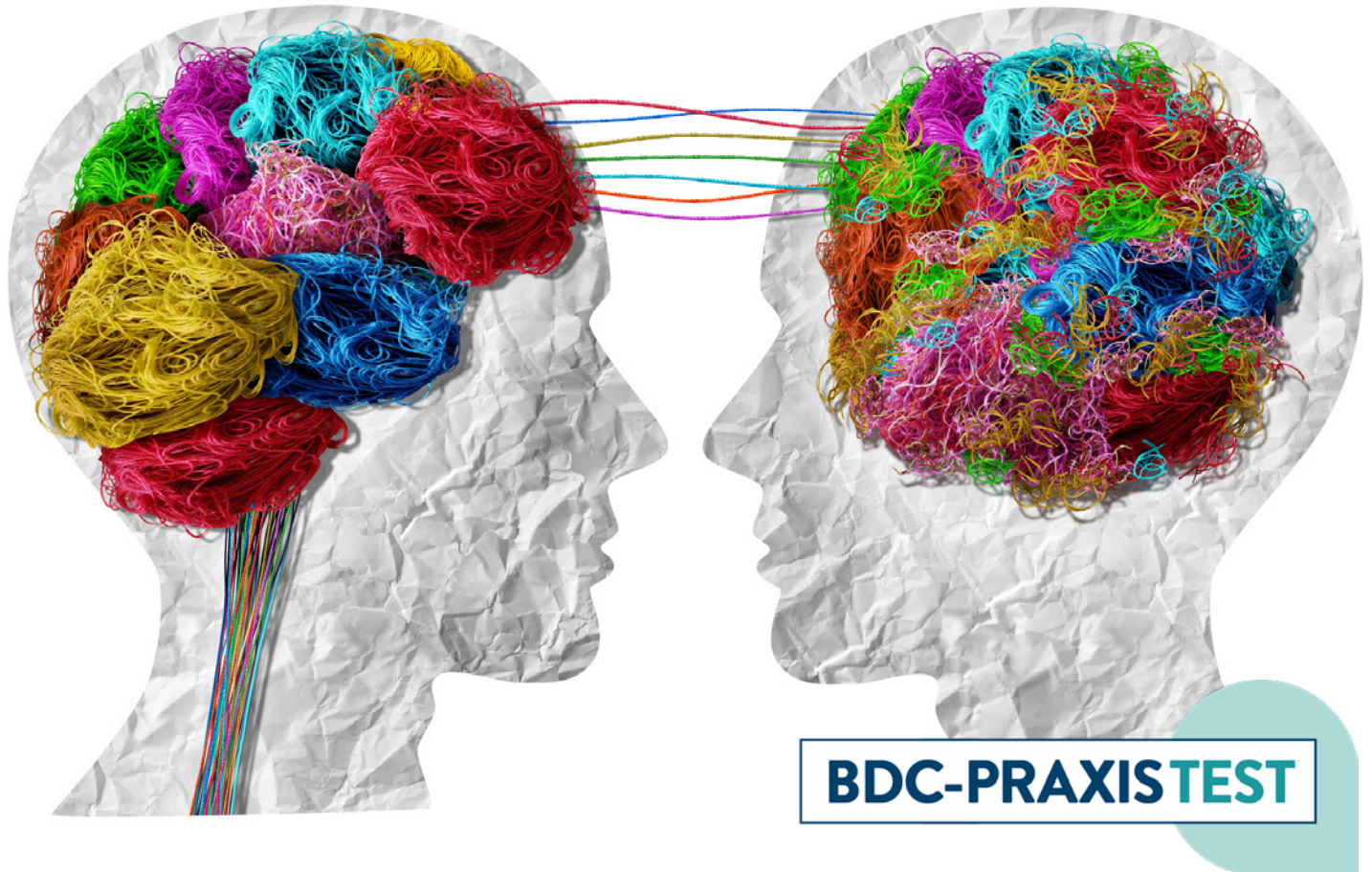
ANTWORT:

Die extrabudgetäre Vergütung bei Neupatienten gibt es seit 2019, eingeführt durch das TSVG. Folgende Voraussetzungen müssen hier vorliegen:

- Der Patient wurde in den acht vorhergehenden Quartalen nicht in der Arztpraxis behandelt oder untersucht. Dies gilt auch bei einer Behandlung im Rahmen einer Urlaubs- oder Krankheitsvertretung.
- Die Gründung der Praxis muss mindestens acht volle Quartale zurückliegen.
- Es wurde eine Versicherten-/Grundpauschale abgerechnet.
- Die eGK-Nummer des Patienten muss in die Abrechnung übernommen werden.
- Ausschluss bei Praxis-Neugründung, also Praxen (Einzelpraxen (EP), Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinische Versorgungszentren (MVZ)), wenn die Behandlung innerhalb der ersten vollen acht Quartale nach der Gründung erfolgt.

Der Ausschluss der Vergütung gilt zwar nicht für bestehende Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ, in denen sich nur die Anzahl der Ärzte oder die Zusammensetzung der Gesellschafter ändert und für Veränderungen bei angestellten Ärzten in bestehenden Praxen.

Nachdem im vorliegenden Fall aber aus einer BAG eine Einzelpraxis wurde, könnte insofern eine neue Einzelpraxis entstehen, wie dies die KV hier wohl vertritt. Dem Verfasser ist leider auf Basis einer ersten Recherche keine einschlägige Rechtsprechung zu dieser Thematik ersichtlich. Auch wenn der Wortlaut der vorgenannten gesetzlichen Vorgaben eher die Sichtweise der KV stützen dürfte, entspricht dies nach Auffassung des Verfassers jedoch nicht dem Sinn und Zweck der Regelung. Es muss somit abgewartet werden, wie die Gerichte sich hierzu positionieren werden, sodass dem Verfasser eine abschließend gesicherte Rechtsauskunft über die Rechtmäßigkeit der Streichung der Vergütung aktuell bedauerlicherweise nicht möglich ist. ○



Geteilter Erfolg ist doppelt gut – Mentoringprogramm „Die Chirurginnen e.V.“

Julia Osthoff, Franziska Renger, Franziska Hettenbach

VORWORT

Frauen in der Chirurgie – here they are

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Geschlechtergerechtigkeit ist wahrlich kein neues Thema. Die Gleichstellung von Frauen brodelte bereits seit Jahrhunderten, und vereinzelte Berichte lassen sich sogar bis in die Antike verfolgen. Echte Fahrt nahm das Thema in der Französischen Revolution auf, die Freiheit, Brüderlichkeit, Gleichheit versprach – allerdings nicht für Frauen. Die folgende Romantik thematisierte mit den großen Verführungsromanen wie „Madame Bovary“, „Effi



Dr. med. Julia Osthoff

Oberärztin, Fachärztin für Orthopädie u. Unfallchirurgie
Notaufnahme des Klinikums Kempten
MA Supervision, Organisationsberatung und Coaching, Selbstständigkeit als Coach und Beraterin für Ärztinnen und Ärzte



Dr. med. Franziska Renger

Oberärztin, Fachärztin für Allgemein- u. Viszeralchirurgie
Helios Klinikum Berlin-Buch
Weiterbildung in Systemischer Beratung, Coaching und Organisationsentwicklung



Dr. med. Franziska Hettenbach

Oberärztin, Fachärztin für Gefäßchirurgie
Katholisches Krankenhaus „St. Johann Nepomuk“ in Erfurt

Osthoff J, Renger F, Hettenbach F:
BDC-Praxistest: Geteilter Erfolg ist doppelt gut –Mentoringprogramm „Die Chirurginnen e.V.“ Passion Chirurgie.
2023 Juni; 13(06): Artikel 05_01.



Weitere Artikel zum Thema „Mentoring“ finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Fachübergreifend.

Briest“ und „Anna Karenina“ gesellschaftliche Emanzipationsansätze, wenn auch jeweils mit tragischem Ausgang. Doch die Saat war gesät und fand ihren prominenten Fortgang z. B. im Kampf um das Wahlrecht, die großen Lohnfragen der Industrialisierung oder das „Women's liberation movement“ der 60er- und 70er-Jahre.

Die aktuelle Genderdiskussion wirkt dagegen vordergründig vielleicht kleinteiliger, steht aber ohne Zweifel in der Tradition dringend notwendiger Veränderungen, unermüdlicher Anstrengungen und großer Leistungen. Und sie zeigt auch, dass Großes erreicht, aber das Thema längst noch nicht abgeschlossen ist.

Ein wichtiger Aspekt heutiger Emanzipation betrifft die Gleichstellung in Beruf und Karriere. Sie betrifft neben dem einfach nur beschämenden Gender Pay Gap mit Zugang, Akzeptanz, Förderung, Netzwerk und Aufstieg viele weitere Aspekte des Berufslebens. Die Probleme variieren je nach Sparte in Inhalt und Ausprägung deutlich, und die Medizin ist für Frauen sicher nicht „the worst place to be“. Doch die traditionalistisch geprägte Chirurgie stellt vielfach noch eine echte Männerdomäne. Einen konstruktiven Weg, Verkrustungen aufzubrechen, bietet die Befähigung durch Lernen am Modell. Mentoring für Frauen in der Chirurgie ist deshalb das Leitthema des folgenden Artikels, für dessen Erstellung wir sehr dankbar sind. Der Spirit von Emmeline Pankhurst durchweht die Chirurgie. In einer idealen Welt wäre das für uns peinlich, in der realen ist es ein großes Glück.

Anregende Lektüre wünschen

Prof. Dr. med.
C. J. Krones

und

Prof. Dr. med.
D. Vallböhmer



Wir treffen heute Dr. med. Julia Osthoff, Dr. med. Franziska Renger und Dr. med. Franziska Hettenbach, die das Mentoringprogramms des Vereins „Die Chirurginnen e.V.“ leiten. Sie sind Vereinsmitglieder der ersten Stunde und stehen für dieses Interview zur Verfügung.

Im Januar 2021 wurde der Verein „Die Chirurginnen e.V.“ von einer Gruppe um Frau Prof. Dr. Katja Schlosser gegründet. Aus einer kleinen Gruppe von Chirurginnen ist eine schnell wachsende Community entstanden. Mittlerweile zählt der Verein über 1.600 Mitglieder. Die pandemiebedingte Verbreitung und Akzeptanz von Video-Kommunikation und Chatplattformen hat einen gleichzeitig einfachen und intensiven Aufbau von Beziehungen im gesamten deutschsprachigen Raum möglich gemacht.

Neben dem direkten Austausch in zahlreichen Arbeits- und Interessengruppen, lokalen Netzwerken sowie einer gut strukturierten Kommunikationsplattform ermöglicht der Verein auch die gegenseitige Unterstützung und Förderung der Mitglieder auf allen Karrierestufen. Eine breite Präsenz in den sozialen Medien, aber auch auf Kongressen trägt zur größeren Sichtbarkeit der chirurgisch tätigen Frauen in der Männerdomäne Chirurgie bei. Eine Kernaufgabe des Vereins ist der Aufbau eines Netzwerks der Chirurginnen in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Um in diesem Netzwerk zielgerichtete Unterstützung und strukturierte Weiterentwicklung anzubieten, wurde ein Mentoringprogramm ins Leben gerufen. Dieses läuft derzeit im dritten Jahr mit einer steigenden Anzahl an Teilnehmerinnen.

”

**MENTORIN:
„ICH WILL MUT MACHEN.
FRAUEN BRAUCHEN
MEHR MUT.“**

MIT WELCHER INTENTION BIETET IHR VEREIN EIN MENTORINGPROGRAMM AN?

Die Förderung und Vernetzung von operativ tätigen Frauen gehören zu den wichtigsten Zielen unseres Vereins. Im Rahmen unseres Mentoringprogramms können diese umgesetzt werden.

Frauen in den Kliniken fehlen oft Vorbilder, die zeigen, dass eine Karriere in der Chirurgie für alle Geschlechter möglich ist - und sie ermutigen, diesen Weg auch in Unterzahl zu gehen.

In unserem Verein haben wir diese Role Models, auch wenn sie in der eigenen Klinik vor Ort nicht verfügbar sein mögen. Unsere Aufgabe ist, die Vorreiterinnen und die ‚Nachfolgerinnen‘ zusammenzubringen.

Zusätzlich zur Vernetzung wird in Seminaren und Supervisionen, geleitet von Frau Dr. Osthoff, u. a. an Durchsetzungsvermögen, Führungskompetenzen und Kommunikationsfähigkeiten gearbeitet.

Fakten zum Mentoringprogramm

- Für approbierte Ärztinnen
- Voraussetzung ist die Mitgliedschaft im Verein „Die Chirurginnen e.V.“
- Teilnahmegebühr für die Mentees
- Laufzeit 1 Jahr

WORIN HEBEN SIE SICH VON ANDEREN MENTORINGPROGRAMMEN AB?

Naturgemäß ist ein Verein von Chirurginnen unter dem Blickwinkel der Profession ein sehr homogenes, aber auch sehr spezialisiertes Konstrukt. Aus der hohen Spezialisierung ergeben sich sehr spezifische Fragestellungen und Herausforderungen, die in einem Mentoringprogramm mit Mentorinnen aus unterschiedlichen Berufsgruppen, wie es sonst üblich ist, wohl weniger gut abzubilden wären.

Neben dem Ermöglichen der Mentoring-Beziehung ist die Weiterentwicklung sowohl der Mentees als auch der Mentorinnen eine Besonderheit unseres Angebots. Unsere Mentees und Mentorinnen sind auf Siilo jeweils als Gesamtheit vernetzt, sodass sie sich auch untereinander im Sinne einer Peer-Supervision austauschen können. Zusätzlich bietet Frau Dr. Osthoff regelmäßige Supervisionsrunden für unsere Mentorinnen an. Dort können gemeinsam Fragestellungen und auch Herausforderungen mit der Mentee oder Mentoring-Beziehung besprochen und gemeinsam nach Lösungsansätzen gesucht werden. Wie auch in unserem klinischen Alltag gilt hier die

”

**ICH HÄTTE MIR DAMALS
SCHON EIN SOLCHES
NETZWERK WIE ‚DIE
CHIRURGINNEN‘
GEWÜNSCHT. ICH WURDE
ZUM ERSTEN MAL ALS
‚ROLE MODEL‘ GESEHEN
UND MÖCHTE JETZT
MEINE ERFAHRUNGEN
WEITERGEBEN.“**

Schweigepflicht. Unsere Mitglieder eint die enge Verbundenheit mit dem Verein - diese gemeinsame Identität ermöglicht eine sehr vertrauensvolle Zusammenarbeit.

WIE REKRUTIEREN SIE MENTORINNEN UND MENTEEES? WIE LÄUFT DAS PROGRAMM AB?

Das Mentoringprogramm wird jährlich organisiert und geht mit der Saison 2023/2024 in das dritte Jahr. Bereits im ersten Jahr beteiligten sich ein Viertel der Mitglieder des Vereins als Mentorin, als Mentee oder in einer Doppelrolle. Dieses Jahr starten 95 neue Tandems. Insgesamt betreuen wir 130 aktive Tandems.

Im Februar gibt es eine Online-Informationsveranstaltung, die auch für Nichtmitglieder nach Anmeldung offen ist. Im März läuft die Bewerbungsphase anhand ausführlicher und strukturierter Bewerbungsbögen, die online ausgefüllt werden. Anschließend matchen wir im April händisch die Tandems.

Das eigentliche Mentoring-Jahr startet am 1. Mai für die Dauer eines Jahres bis Ende April. Über das Jahr bieten wir Supervisionen für Mentorinnen und eine Seminarreihe zur persönlichen Weiterentwicklung für Mentees an. Gegen Ende des Mentoring-Jahrs im Januar erfolgt die Evaluation, die uns hilft, das Programm ständig weiterzuentwickeln.

WIE FÜHREN SIE DAS MATCHING DER TANDEMS DURCH?

Ab etwa 25 Tandems wird ein Algorithmusbasiertes Matching möglich und empfohlen. Allerdings ist die Voraussetzung, dass inhaltliche Fragen quantitativ beantwortet werden müssen, denn letztlich wird eine Passung anhand von Zahlenwerten errechnet. In unserer homogenen Gruppe aus einer Profession können aber kleine Details den Unterschied machen.

Deswegen haben wir uns bewusst für ein händisches Matching entschieden, auch wenn das viel zeitaufwändiger ist. Unser Ziel

ist, ein möglichst ganzheitliches und präzises Matching zu erreichen.

Wir fragen jede Bewerberin nach ihrer Priorität zur Auswahl der Tandempartnerin. Diese kann zum Beispiel Fachrichtung, wissenschaftliche Erfahrung, Mutterschaft, regionale Nähe für persönliche Treffen, Erfahrung mit Fachrichtungswechsel und Stellenwechsel sein. Wir versuchen, diese Priorität im Matchingprozess zu berücksichtigen. Dabei wollen wir alle Teilnehmerinnen bestmöglich unterbringen.

”

**ICH KONNTE MEIN
BERUFLICHES NETZWERK
DEUTLICH ERWEITERN.“**

WAS IST WICHTIG, DAMIT DIE BEZIEHUNG IM TANDEM FUNKTIONIERT?

An erster Stelle steht die Kommunikation. Es müssen klare Ziele vereinbart werden und gegenseitige Erwartungen, aber auch Grenzen, geklärt sein. Eine Mentee-Mentorin-Beziehung kann nur bei beiderseitigem Vertrauen und Offenheit funktionieren. Der Zeitrahmen für die Treffen und deren Frequenz muss abgestimmt sein. Das sind Voraussetzungen für ein erfolgreiches Tandem.

Wir haben zudem einen Leitfaden erarbeitet, an dem sich die Teilnehmerinnen orientieren können. Die regelmäßigen Supervisionen unterstützen die Mentorinnen durch gegenseitigen Erfahrungsaustausch.

WAS MACHT IHRER MEINUNG NACH EINE GUTE MENTORIN AUS?

Idealerweise ist eine gute Mentorin ihrer Mentee einen Schritt voraus - um als Vorbild

zu fungieren und Erfahrungen an die Mentee weitergeben zu können. Sie ist bereit, über ihren Weg und ihre Erkenntnisse offen zu sprechen. Unterschiedliche Erfahrungen und Blickwinkel können sehr wertvoll sein - nicht immer ist Seniorität ausschlaggebend. So ist die Mentorin zugleich Förderin, Kritikerin, Coach, Ratgeberin und Vorbild.

”

**SO HABE ICH JETZT
SCHON DINGE ERREICHT,
DIE ICH MIR VOR EINEM
JAHR NICHT MAL HÄTTE
ERTRÄUMEN KÖNNEN!“**

Mentorinnen profitieren erheblich vom gegenseitigen Austausch. Wir haben in der Evaluation

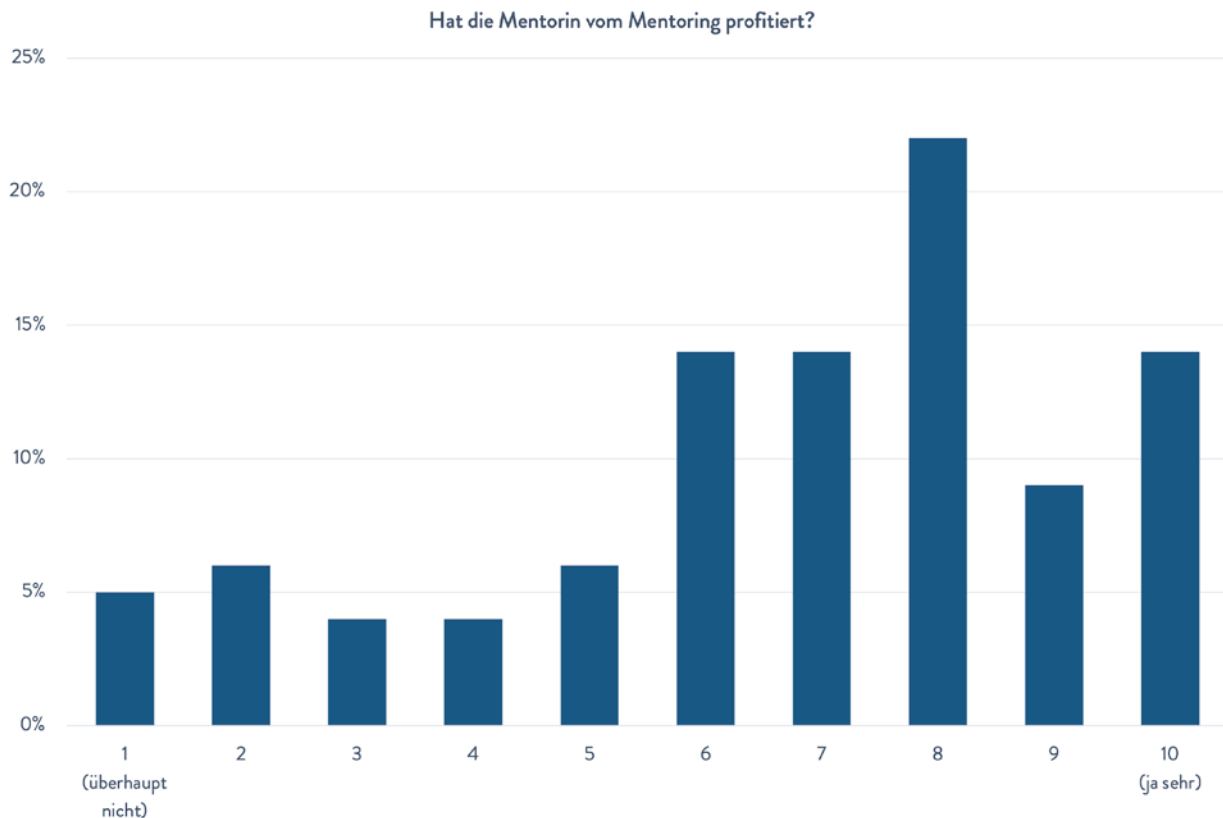


Abb. 1: Evaluation des Programms durch die Mentorinnen 2022/2023

gefragt, wie sehr sie das Programm weitergebracht hat. Die Skala reichte von 1 (gar nicht) bis 10 (ja, sehr). Dabei zeigte sich eine hohe Zufriedenheit (siehe **Abbildung 1**). Mentorin sein erhöht die Selbstreflexion und macht sichtbar, was man alles schon geleistet hat.

WAS SIND INHALTE DES MENTORINGS?

Primäre Inhalte sind die Umsetzung beruflicher Ziele und Karriereplanung. Wie gelingt der Berufseinstieg? Wie komme ich an die Rotationen in der Weiterbildungszeit? Wann sollte ich über einen Fachrichtungs- oder Stellenwechsel nachdenken? Welche Aspekte sind für die Entscheidung für eine Niederlassung oder ambulantes Operieren wichtig? Welche Erfahrungen oder Kompetenzen benötige ich dafür? Wie plane ich den nächsten Karriereschritt zur Oberärztin oder Chefärztin?

Weitere Themen sind, wie komme ich erfolgreich durch die Facharztprüfung oder überwinde mich zur Anmeldung? Wie kann ich mich im universitären Umfeld orientieren?

Wie fange ich wissenschaftliches Arbeiten an? Wie beginne ich oder vollende ich eine Dissertation oder Habilitation?

”
DURCH GEZIELTES
GEMEINSAMES SETZEN
VON DEADLINES
HABE ICH ES ENDLICH
GESCHAFFT, MICH ZUR
FACHARZTPRÜFUNG
ANZUMELDEN UND
DIESE BESTANDEN.“

Einen großen Schwerpunkt nimmt natürlich die Frage nach der Vereinbarkeit von Mutterschaft und chirurgischer Karriere ein. Viele

unserer Mentorinnen haben damit Erfahrung und helfen zusätzlich bei Erziehungszeiten sowie dem Wiedereinstieg ins Berufsleben nach längerer Pause.

Weibliche Vorbilder fehlen auch im Hinblick auf die persönliche Entwicklung. Welche vielfältigen Möglichkeiten gibt es, als Chirurgin aufzutreten? Hier kommen klassische Coaching-Themen wie das Setzen von Schwerpunkten, Reflexion, externe Sicht einer unabhängigen Kollegin zum Tragen.

Auch bei den Mentees zeigte sich in der Evaluation eine hohe Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Mentorin (siehe **Abbildung 2**).

WARUM IST IHR PROGRAMM AUF EIN JAHR BEGRENZT?

Aus unserer Sicht erleichtert die zeitliche Begrenzung eine realistische Zielsetzung. Ein Ziel zu definieren unterstützt dabei, es zu erreichen. Zudem sind alle unsere Mentorinnen ehrenamtlich tätig. Dafür ist, neben

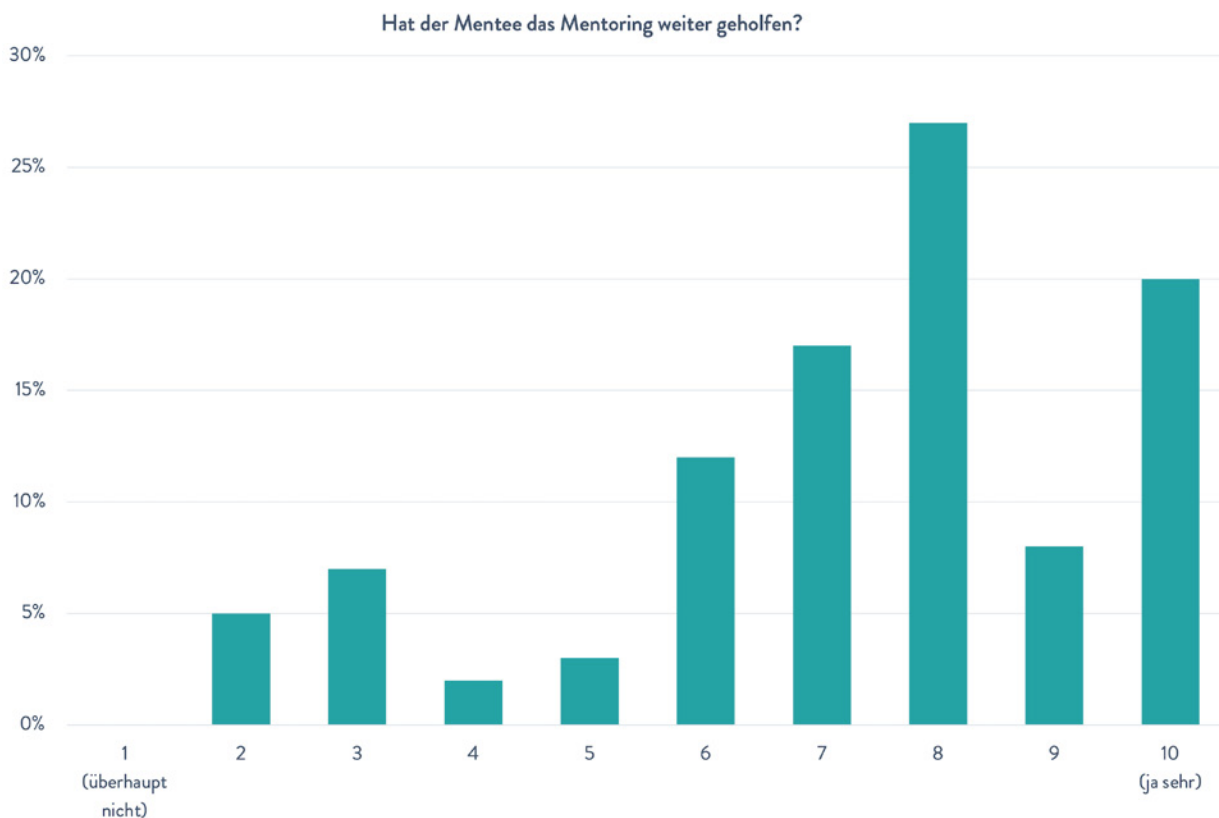


Abb. 2: Evaluation des Programms durch die Mentees 2022/2023



Abb. 3: Gruppenbild mit allen Mentorinnen bei der Jahresversammlung

Berufs- und Privatleben, ein überschaubarer Zeitrahmen für die Teilnahmebereitschaft maßgeblich. Daher haben wir als ‚Grundeinstellung‘ die Beendigung des Tandems nach einem Jahr gewählt. Der Bedarf an Mentoring ändert sich gegebenenfalls und gesetzte Ziele können abgeschlossen sein. Trotzdem gibt es die Möglichkeit, das Tandem in beiderseitigem Einverständnis zu verlängern. Wir haben viele Tandems, die bereits das zweite oder dritte Jahr gemeinsam bestreiten. Nicht wenige Mentees werden im Anschluss selbst Mentorin, um jüngere Chirurginnen zu unterstützen und um selbst etwas zurückzugeben.

EIN BESONDERES ANGEBOT IST DIE INTEGRIERTE SEMINARREIHE. WURUM GEHT ES DA GENAU?

Die Seminarreihe wird von Dr. Osthoff geleitet, die neben ihrer klinischen Tätigkeit als Coach für Ärztinnen und Ärzte arbeitet.

Die Treffen finden in regelmäßigen Abständen online und in Gruppen von 15-20 Mentees

statt. Schwerpunkt ist jeweils ein karriere-relevantes Thema. In der Regel gibt Dr. Osthoff einen Impuls und eine Einführung in die Thematik und dann erarbeiten die Mentees in Kleingruppen einzelne Fragestellungen. Themen sind z. B. die eigenen Ziele der Karriere oder auch des eigenen Lebens sowie eigene Stärken. Ein sehr beliebtes Thema war im vergangenen Jahr das Thema „Netzwerken“. Für die Zukunft sind Zeitmanagement, Achtsamkeit, Stationsorganisation, Gespräche mit Vorgesetzten etc. geplant. Das Hauptziel dieser Seminare ist die eigene Reflexion, der Austausch und das Netzwerken mit den anderen Mentees und nicht zuletzt, das eigene Karriereziel nicht aus den Augen zu verlieren.

WAS IST IHRE PERSÖNLICHE MOTIVATION, SICH MIT DIESEM PROGRAMM FÜR DIE KOLLEGINNEN ZU ENGAGIEREN?

Der überwältigende Zulauf zu unserem Verein zeigt, dass es Zeit für eine solche Unternehmung war. Chirurginnen wollen sich

vernetzen und weiterentwickeln. Wir sehen unglaublich viel Erfahrung, Expertise und so viele so unterschiedliche Lebens- und Berufswege. Das verstehen wir als eine immense Ressource. Diese für uns alle nutzbar und verfügbar zu machen treibt uns an.

Vor allem aber wollen wir, dass chirurgisch tätige Frauen dorthin kommen können, wo sie hinwollen. Dafür braucht es Arbeit am System und an einem selbst. Wir wollen ermutigen, den eigenen Weg zu finden und zu gehen. Wie das aussehen kann, lesen Sie in den Zitaten unserer Teilnehmerinnen.

Wir danken für die Möglichkeit, unsere Arbeit hier vorzustellen. 

Kontinuität in Zeiten des Wandels

Jörg-A. Rüggeberg



Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgie e.V. (BDC)
dr.rueggeberg@t-online.de

Der Deutsche Ärztetag hat am 18. Mai 2023 den bisherigen Präsidenten Dr. Reinhardt in seinem Amt bestätigt. Ebenfalls wurde Frau Dr. Lundershausen als Vizepräsidentin wiedergewählt. Neu in das Führungstrio wurde Frau Dr. Johna vom Marburger Bund aufgenommen. Als weitere Vorstandsmitglieder – neben den kraft Amtes gesetzten Präsident:innen der Landesärztekammern – wurden Dr. Botzlar, Chirurg aus München, und Frau Neumann-Grutzeck, Präsidentin des BDI, gewählt. Auch wenn im Vorfeld alle ihren Willen zur gemeinsamen und einheitlichen Vertretung der Ärzteschaft betont haben, spiegelt das Wahlverhalten dennoch eine gewisse Kluft zwischen der gewerkschaftlichen Vertretung der Krankenhausärzte durch den Marburger Bund und den übrigen Freiberuflern wider. Gleichwohl ist es ein gutes Signal, dass die Bundesärztekammer (BÄK) in ihrer personellen Zusammensetzung weitgehend unverändert in eine erneute Legislaturperiode eintritt und damit gegenüber der Politik Kontinuität garantiert.

Das dürfte umso wichtiger sein, als in den Eröffnungsreden des Ärztetages die drei Protagonisten sehr unterschiedliche Positionen vertreten haben. Der Gesundheitsminister von NRW, Karl Josef Laumann, stellte seine in NRW bereits anlaufende Krankenhausreform vor, die im Gegensatz zum Modell des Bundesministeriums (BMG) zwar ebenfalls in der Versorgung gestufte Kliniken vorsieht, aber dennoch eine in seinen Worten „akzeptable“ Erreichbarkeit verlangt. Der Präsident der BÄK hat dies unterstützt und im Übrigen vor allem auf die gute Versorgung der Bevölkerung jetzt und in Zukunft verwiesen. Mit sehr deutlichen Worten und ohne unnötige Schärfe hat er die zwingend erforderliche Beteiligung der Ärzteschaft an den Reformvorhaben eingefordert.

Bundesminister Lauterbach präsentierte sich dagegen eher fahrig und in seinen Aussagen

vage. Bemerkenswerterweise ist er auf die Themen Cannabis-Legalisierung und vor allem die GOÄ überhaupt nicht eingegangen, bei dem Punkt Digitalisierung ist bezeichnenderweise die Saaltechnik ausgefallen. Man kann wohl davon ausgehen, dass sich die Länder unter Führung von Herrn Laumann in der Frage der Krankenhausreform gegen das BMG durchsetzen werden. Geplant ist ein erster konkreter Entwurf voraussichtlich im Juni. Dann wird man sehen, welche Auswirkungen dies auf die konkrete Versorgungslandschaft haben wird. Neu ist neben den drei bekannten Leveln I-III jetzt auch eine Stufe F für spezialisierte Fachkliniken. Dazu sollen dann auch Bundeswehr- und BG-Kliniken gehören, obwohl diese durchaus ein breites Spektrum versorgen.

Ein weiterer Punkt, der ebenfalls bis Ende Juni an die Öffentlichkeit gebracht werden soll, ist die Ersatzvornahme des BMG zur sogenannten Ambulantisierung. Nachdem sich bekanntermaßen die drei Vertragspartner KBV, DKG und Spitzenverband Bund der Krankenkassen nicht auf einen gemeinsamen Katalog, weder zu Art, noch zu Umfang und erst recht nicht zu den Preisen geeinigt haben, muss jetzt das BMG entscheiden. Es liegen dort unterschiedliche „Wunschlisten“ vor, unter anderem auch vom BDC. Bei aller Spekulation dürfte es relativ sicher sein, dass der Bereich der Hernienchirurgie in die Systematik der Hybrid-DRGs aufgenommen werden wird. Völlig unklar bleibt das zugrunde zu legende Kalkulationsmodell, vermutlich wird das BMG damit das INEK und das INBA beauftragen.

Sowohl die Krankenhausreform wie auch die Ambulantisierung werden erhebliche Auswirkungen auf die Weiterbildung haben. Der BDC wird weiterhin auf diesen Punkt hinweisen und entsprechende Lösungen einfordern. ○

Rüggeberg JA: Kontinuität in Zeiten des Wandels. *Passion Chirurgie*. 2023 Juni; 13(06): Artikel 05_02.



Mehr aktuelle Nachrichten finden Sie auf
BDC|Online unter der Rubrik Politik.



Leistenhernien-Operationen im Visier der Ambulantisierung

VORWORT

Das erschlagende Primat der Ökonomie

Seit Jahrzehnten wird die Medizin von Fragen der Ökonomie dominiert. Die Vorherrschaft der Finanzen diskreditiert medizinischen und technischen Fortschritt zu illustren Blumen am Wegesrand, Barmherzigkeit und Empathie bilden ein zu teures Luxusgut und essentielle Zukunftsfragen kommender Generationen verkümmern im Schatten alles überstrahlender Effizienz. Geld regiert schon seit Langem auch die Welt der Gesundheit.

Neben den groben Mängeln in Ethik und Zukunftsplanung ist der frappierende technische Fehler dieser Entwicklung wahrscheinlich die monothematische Ausrichtung von Diskussion und Entscheidungsfindung. Während man allgemein wohl für jedes komplexe System eine vielseitige Analyse als Grundlage von Entwicklungsprozessen fordern würde, wird diese Grundannahme in vielen Debatten um die Fortentwicklung des Gesundheitssystems konsequent ausgeblendet. Nun ist die Suche nach der einfachen Wahrheit, nach der einzigen Lösung, sicher ein klassisches menschliches Defizit. Das „Führerprinzip“, dass all überall auf der Welt gerade wie ein dämonischer Wiedergänger aufplopt, ist dafür ein

Zusammenfassung

„Leistenhernienoperationen – immer ambulant?“, ein Artikel der Hernien-Gesellschaften aus Österreich (ÖHG), Schweiz (SAHC) und Deutschland (DHG / CAH der DGAV), publiziert in „Die Chirurgie“ vom Springer-Verlag, veröffentlicht am 14. Februar 2023: www.bit.ly/Leistenhernie

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. H. Niebuhr, FEBS

Hamburger Hernien Centrum
Eppendorfer Baum 8
20249 Hamburg, Deutschland
h.niebuhr@hernie.de

beredtes Beispiel. Wir wollen nicht komplex denken. Doch nur die multivariate Analyse ist geeignet, langfristig tragfähige Konstrukte zu erreichen, die nicht von der einen, in die nächste Krise stürzen.

Auch der neue AOP-Katalog ist ein solches Beispiel, ordnet er sich doch nur der Kostenbegrenzung unter, ohne wichtige Fragen der Patientensicherheit, Systemvoraussetzungen, Baustrukturen oder der zukunftssichernden Weiterbildung überhaupt nur in Betracht zu ziehen. Kein Wunder, wenn die Ratgeber und Auguren der Reform aus praxisfernem Metier bezogen werden. Umso wichtiger sind die Stimmen aus der Ärzteschaft – hier am Beispiel der Hernienchirurgie, denn nur sie können den wichtigen Bezug zur Realität wiederherstellen. So, let's get loud. Sonst landen wir bei Faust. Und der war nicht erfolgreich.

Nach Golde drängt, am Golde hängt doch alles! Ach, wir Armen!

Prof. Dr. med.

C. J. Krones

und

Prof. Dr. med.

D. Vallböhmer



Die Operation der Leistenhernie stellt mit ca. 300.000 Eingriffen jährlich in der DACH-Region (Deutschland, Österreich und Schweiz) die häufigste Operation überhaupt dar. Nun soll sie nach politischem Willen möglichst ambulant erfolgen. Man erhofft sich dadurch signifikante Einsparungseffekte, die durch die Vermeidung der kostenintensiven stationären Behandlung erzielt werden sollen.

In der DACH-Region ist der Anteil ambulant operierter Leistenhernien seit vielen Jahren unverändert gering, es zeichnet sich sogar ein abnehmender Trend ab. In einer kürzlich publizierten Analyse von 340.000 Leistenhernien-Operationen aus dem Herniamed-Register nahm der Anteil ambulant operierter Leistenhernien im Zeitraum von 2013 bis 2019 von zwanzig auf vierzehn Prozent ab. Die Entwicklung in der DACH-Region steht den Trends anderer Länder und den politischen Forderungen somit diametral entgegen.

BEISPIEL DEUTSCHLAND

In Deutschland werden pro Jahr ca. 250.000 Leistenhernien operiert. Ob eine Leistenhernie ambulant versorgt werden kann oder nicht,

wird durch die Kriterien des G-AEP (German Appropriateness Evaluation Protocol) und den AOP-Katalog (Katalog ambulant durchführbarer Operationen) festgelegt. Darin sind z. B. Schwere der Erkrankung, Aspekte der Operation und Komorbiditäten definiert, die eine ambulante Operation erlauben bzw. ausschließen. Die organisatorischen Voraussetzungen für ambulantes Operieren inklusive der Qualitätssicherungsmaßnahmen sind im Sozialgesetzbuch (SGB) geregelt.

Die Vergütung der ambulanten Hernien-Operation ist durch den „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ (EBM) für ärztliche Leistungen geregelt. Dieser ist jedoch bei der Leistenhernie hochgradig defizitär. So beträgt zum Beispiel die Vergütung für die Versorgung einer einseitigen Leistenhernie im ambulanten Bereich nur 25 Prozent der Vergütung einer stationären Versorgung.

Bei den Bestrebungen nach Ambulantisierung der Hernienoperationen fehlt die Berücksichtigung der bekannten Risikofaktoren: Ein kürzlich in Deutschland publiziertes Gutachten mit dem Auftrag, eine „möglichst umfassende Ambulantisierung“ zu begründen (IGES

Leistenhernien-Operationen im Visier der Ambulantisierung. *Passion Chirurgie*. 2023 Juni; 13(06): Artikel 05_03.



Weitere Artikel zum Thema „Hernie“ finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Fachübergreifend.

Gutachten), hat für Aufsehen gesorgt, denn es enthält aus hernienchirurgischer Sicht mehrere diskussionswürdige Aspekte. Das Gutachten hält zum Beispiel als höchstes Ziel fest, dass die Patientensicherheit rund um die Operation gegeben sein muss. Zitat aus dem Gutachten: „Würde hingegen eine substanzielle Erweiterung des AOP-Kataloges auf einer stärker generalisierenden Einstufung von Leistungen basieren, bestünde ein höheres Risiko der Gefährdung von Patientensicherheit.“

GEFÄHRDUNG DER CHIRURGISCHEN WEITERBILDUNG

Die Leistenhernien-Operation ist ein klassischer Ausbildungseingriff. Aufgrund des aktuell unvermeidlichen Defizits bei ambulanter Chirurgie sind nun immer mehr Krankenhäuser dazu übergegangen, die ambulante Leistenhernien-Operationen zu einem großen Teil nur noch durch erfahrene Operateure (in Deutschland geforderter Facharztstatus bei ambulanten Operationen) und oft ohne Assistenten durchführen zu lassen. Damit soll durch kürzere Operationszeiten und schnelleres „Durchschleusen“ der Patienten das finanzielle Defizit etwas

abgemildert werden. Die Ausbildung des chirurgischen Nachwuchses wird dadurch erheblich erschwert.

WAS KÖNNEN WIR AUS ANDEREN LÄNDERN LERNEN?

Im Gegensatz zur DACH-Region ist die ambulante Leistenhernien-Chirurgie in vielen anderen Ländern der westlichen Welt etablierter Standard. Die hohe Akzeptanz in den „Erfolgsländern“ erklärt sich dadurch, dass ambulant Operieren in fast allen „Erfolgsländern“ mindestens genauso gut vergütet wird wie eine stationäre Operation. Der globale Einsparungseffekt wird dann durch die Optimierung des Managements und die Schonung der teuren stationären Infrastruktur erreicht und nicht mit der Unterfinanzierung der eigentlichen Leistungserbringung.

FORDERUNG

Oberstes Ziel einer jeden Operation ist die Aufrechterhaltung der Patientensicherheit. Die Zuteilung von Patientinnen und Patienten zu den einzelnen Versorgungsstufen (ambulant vs. kurz-stationär vs. stationär) muss daher unabhängig von Vorgaben der Gesetzgeber und wirtschaftlichen Aspekten allein

auf der Grundlage der Berücksichtigung der Risikofaktoren, intraoperativen Faktoren und sozialen Faktoren wieder die Entscheidung der Chirurgen bzw. der Chirurginnen werden. Es muss jederzeit die Möglichkeit des Wechsels der gewählten Versorgungsstufe unter Beachtung des peri- und unmittelbar postoperativen Verlaufs bestehen.

Um eine größere Anzahl von Patientinnen und Patienten ambulant versorgen zu können, ist die flächendeckende Bereitstellung von baulicher, personeller und organisatorischer Infrastruktur erforderlich. Ambulantes Operieren kann aktuell in Deutschland und der Schweiz nicht kostendeckend durchgeführt werden. Eine Gleichstellung der Leistungsvergütung ambulanter und stationärer Operationen ist daher erforderlich. 

Siehe die Stellungnahme der Vorstände der Hernien-Gesellschaften aus Österreich (ÖHG), Schweiz (SAHC) und Deutschland (DHG / CAH der DGAV): www.bit.ly/Leistenhernie

BDC|AKADEMIE

DEUTSCHE AKADEMIE FÜR CHIRURGISCHE FORT- UND WEITERBILDUNG



Facharztseminar
Allgemein Chirurgie
Leipzig, 04.–08. September 2023

Empfohlen für
Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung und
Fachärztinnen/Fachärzte als Refresherkurs

BDC-FACHARZTSEMINAR ALLGEMEINCHIRURGIE

Dieses Seminar dient zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung für Allgemein Chirurgie sowie als Refresher-Kurs für Fachärzte. Von chirurgischer Intensivmedizin, Behandlung von Karzinomen, laparoskopischem Operieren über Hernien, Kinderchirurgie bis hin zu Management des Polytraumas – Referenten aus ganz Deutschland machen Sie in fünf Tagen fit für Ihre Prüfung und bringen Sie auf den neuesten Stand der Behandlungsstrategien und Techniken der Allgemein Chirurgie.

Facharztseminar Allgemein Chirurgie

Leipzig

Dr. med. Ludwig Schütz

04.09. – 08.09.2023

Informationen und Anmeldung über www.bdc.de (Rubrik BDC|Akademie, Fachgebiet Allgemein Chirurgie)

Kommentar des Generalsekretärs

AUS DER
DGCH



Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
Generalsekretär der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie e.V.
(DGCH)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin

Der **Deutsche Chirurgie Kongress 2023** in München war in allen Facetten ein voller Erfolg. Mit geändertem Namen sah der Kongress mehr als 5.500 Teilnehmer. Die Online-Konzepte haben sich bewährt und auch die übrigen Innovationen wurden gut angenommen. Die Qualität der Beiträge war in allen Bereichen sehr hoch. Besonders konnten die interdisziplinären Themen punkten. Stimmung und Zufriedenheit war bei allen Beteiligten demnach außergewöhnlich. Die politischen Themen wie Krankenhausfinanzierungs-Reform und Ambulantisierung standen im Zentrum der Debatte. Ich versuche deshalb, wie in der Mitgliederversammlung vorgetragen, im Folgenden den aktuellen Diskussionsstand¹ wiederzugeben.

AUSGANGSLAGE

Deutschland hat im europäischen und internationalen Vergleich eine sehr hohe Krankenhaushichte. Laut GKV-Spitzenverband werden ca. 1.730 Standorte, laut statistischem Bundesamt sogar mehr als 2.000 Standorte für allgemeine Krankenhäuser gezählt. Die letzte Definition, was als Krankenhaus bezeichnet werden darf, stammt aus den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts. Wir haben mit mehr als 250 Krankenhausentlassungen je 1.000 Einwohner pro Jahr (2019) die höchste Belegungsquote weltweit, knapp gefolgt von Österreich. Zum Vergleich kommt Großbritannien mit der Hälfte aus und China mit ca. 75 %. In der Pandemie sind die Belegungszahlen um 15 – 20 % zurückgegangen und haben sich bis heute nicht erholt. Die erwartete und befürchtete Welle an „aufgeschobenen“ Operationen nach der Pandemie ist

zu unser aller Erstaunen ausgeblieben. Die Menge, weder vor noch nach der Pandemie, trägt nicht zum finanziellen Gesundheitszustand des stationären Gesundheitswesens bei. Nach Aussagen der Deutschen Krankenhausgesellschaft haben ca. 70 % der Häuser finanzielle Probleme, ca. 30 % sollen vor der Insolvenz stehen. Immer mehr hört man von kalten Liquidationen, weil die Träger die Defizite nicht mehr tragen wollen oder können. Klagten die Träger noch vor fünf Jahren mehrheitlich über fehlende Investitionsmittel, so sind jetzt mit und nach der Pandemie erhebliche Erlöseinbußen hinzugekommen. Eine der Ursachen ist der Fachkräftemangel. Nicht nur pflegerisches Personal, sondern auch ärztliches Personal steht nicht mehr in der erforderlichen Menge zur Verfügung. Rekrutierungsmaßnahmen, auch im Ausland, haben nicht zum gewünschten Erfolg geführt. In den nächsten zehn Jahren wird die Situation durch das Ausscheiden der Babyboomer aus dem Arbeitsleben verschärft. In diesem Jahr werden 1,2 Millionen Menschen 65 Jahre und nur 700.000 Menschen 20 Jahre alt. (Quelle: Destatis). Die Spitze dieses Defizits wird in fünf Jahren erwartet und wird das Gesundheitssystem als den größten Arbeitgeber empfindlich treffen. Die realen Zahlen an Pflegekräften und Ärzte (Eurostat Datenbank für 2019) pro Einwohnerzahl sind jedoch im europäischen Vergleich sehr hoch, übertroffen nur von Österreich und Norwegen. Dies legt den Schluss nahe, dass wir kein absolutes Mangel- sondern ein Verteilungsproblem haben.

Der Demografische Wandel geht auch mit einer Erhöhung der Multimorbidität einher,

¹ Aufgrund der Volatilität der aktuellen Diskussion wurde dieser Artikel nach bestem Wissen und auf der Grundlage der jetzigen Erkenntnisse zusammengestellt. Viele Meinungen stellen die persönliche Sicht des Autors dar und konnten noch nicht mit den Gremien der DGCH abgestimmt werden.

was mehr Aufwand für den einzelnen Patienten und eine höhere Qualifikation auf der pflegerischen und ärztlichen Seite bedeutet. Folgt man den Gesetzen des Marktes und hier des Personalmarktes muss man konstatieren:

1. Was knapp wird, wird teuer.
2. Wir werden nicht deutlich mehr Personal bekommen.
3. Nicht mehr alle Leistungen können erbracht werden.

VERTEILUNGSPROBLEM

Ein Viertel der Krankenhausstandorte (424) in Deutschland verfügen über die Notfallstufen 2 oder 3 und versorgen 57 % der vollstationären Fälle; drei Viertel (1.249) versorgen die restlichen 43 % (DÄ 24.3.23). Eine erhebliche Menge an Standorten versorgt Herzinfarkte ohne einen Herzkatheterplatz zu besitzen. Die Zahl der Stroke Units ballt sich auch nur in den Ballungszentren. Eine Door-to-Needle Zeit für eine Thrombolyse von weniger als 30 Minuten ist nicht flächendeckend erreicht. 1.137 der Standorte (67 %) haben weniger als 300 Betten und befinden sich damit außerhalb einer wirtschaftlichen Tragfähigkeit. Die ökonomisch optimale Betriebsgröße liegt zwischen 600 und 950 Betten (DÄ 24.3.23). Im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt hat Deutschland die höchsten Gesundheitsausgaben in Europa (Eurostat). Im Vergleich zu England haben wir 40 % mehr Pflegepersonal, 50 % mehr Ärzte, 60 % mehr Medikamentenausgaben, doppelt so viele Krankenhausaufnahmen, 250 % mehr akute Krankenhausbetten, 50 % mehr Ausgaben für das Gesundheitssystem und erreichen trotzdem vielfach nicht das Outcome Qualitätsniveau der Engländer. Vergleichbare Landstriche wie Ostengland vs. Hessen weisen zwei Universitätskliniken (Hessen zwei bzw. eigentlich drei) und 17 Standorte mit Notfallambulanz (Hessen: 68 Standorte) auf. Die Letalität an akuten Krankheitsbildern ist in England keineswegs höher (Quelle: OECD calculations, basierend auf der WHO Mortality Database). Die Frage ist also: Auf welche Leistungen können wir verzichten und wie kann man gleichzeitig die Qualität für den Patienten erhalten oder sogar steigern?

ZIELE DER REGIERUNGSKOMMISSION IM BMG UND IN TEILEN AUCH DER STRUKTURZIELE IN NRW

Die Zahlen belegen, dass es so nicht weitergehen kann und dass es unsere europäischen Nachbarn mit geringerem finanziellem Aufwand besser hinbekommen. Als prädominante Ursache der Intensivpflichtigkeit (Spiegel-Titel vor einigen Jahren) unseres stationären Gesundheitssystems wird die 100 prozentige Durchdringung des Erlössystems durch DRGs identifiziert. Dies hat die Kliniken in ein Hamsterrad der Erlössteigerung durch Quantität gebracht und kleine Häuser dazu gebracht, auch Leistungen oberhalb ihres Niveaus anzubieten.

Das BMG hat 2022 eine Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung eingesetzt, die im Dezember 2022 den Gesundheitsminister Prof. Lauterbach mit einer „Revolution“ vor die Presse treten ließ. Vor jeder der bekannten Revolutionen gab es eine Krise und diese ist im Gesundheitssystem zweifelsfrei mit hohem Druck auf die Stakeholder vorhanden. Ein Jahrzehnt mit erheblichen Disruptionen liegt vor uns und einige möchte ich im Folgenden benennen:

1. Wir benötigen mehr Prävention, auch um den Bedarf an Krankenhausbehandlung zu senken.
2. Ohne Entbürokratisierung wird die Attraktivität medizinischer Berufe schwinden.
3. Ambulantisierung von einfachen Leistungen und ein Ausbau der sektorenübergreifenden Versorgung ist überfällig.
4. Neue Technologien in der Medizin, wie die nur in Deutschland als neu empfundene Digitalisierung, aber auch Telemedizin, KI, Robotik und personalisierte Tumorthherapie warten auf ihre breite Verwendung.
5. Zentralisierung komplexer Leistungen und Schwerpunktbildung sowohl in der stationären als auch ambulanten Versorgung.
6. Effizientere Zuteilung von Personal und Ressourcen.
7. Interprofessionelle Zusammenarbeit mit einem größeren Verantwortungsspektrum für die Pflege.

8. Abgleich von Angebot und Nachfrage in der Notfallversorgung.
9. Etablierung einer Versorgungsforschung mit überregionalen Fragestellungen.

In Anbetracht der vielfältigen Verknüpfungen im Gesundheitssystem und der gewaltigen Aufgaben ist eine grundlegende Reform keine Kleinigkeit und darf sich auch nicht in Kleinigkeiten erschöpfen. So kam die Kommission auch mit drei grundlegenden Änderungen heraus, die verantwortliche Akteure im Gesundheitssystem aber auch schon lange gefordert haben:

- a. Reduktion der Bedeutung der DRG auf 40 % als Residual-DRG oder Rest-DRG; im Gegenzug **Vorhaltebudgets** für noch zu definierende Leistungsgruppen,
- b. System von ca. 124 **Leistungsgruppen**, die passgenauer als die DRG und Fachabteilungen den Versorgungsstufen zugeordnet werden können,
- c. Einheitliche Definition von **Versorgungsstufen (Level)**, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen. Krankenhäuser können sich dann mit ihren Ressourcen und Kompetenzen um die Zuordnung zu den Leveln bewerben. Lokal wäre eine Grundversorgung (ggf. ambulante Chirurgie) und first line Notfallversorgung durch ambulante und teilstationäre Anbieter gedacht; regional die Regel- und Schwerpunktversorgung und überregional die Maximalversorgung.

Das geht mit einer Strukturoptimierung mit Schwerpunktbildung, orientiert an dem NRW-Strukturmodell mit Austausch von Leistungsgruppen (in NRW zur Zeit 64) zwischen verschiedenen Standorten einher. Auch ist die Konzentration von Kapazitäten durch Zusammenlegung von mindestens zwei Standorten entweder trägerintern oder auch trägerübergreifend geplant. Bedarfs- und geografisch orientiert wird man die Zahl der Einrichtungen in „Gesundheitsregionen“ organisieren. Qualitätsvorgaben werden in einem pyramidenartigen System von drei (oder mehr) Leveln und diesen zugewiesenen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen gestellt. Mindestvorgaben

im Sinne einer Strukturqualität und auch Mindestmengen bei hochkomplexen Leistungen sollen definiert werden und die einzelnen Häuser können sich hierum bewerben. Komplexe Leistungen sollen in den höheren Levels zentralisiert werden.

Eine wohnortnahe Versorgung von Notfällen soll flächendeckend gewährleistet bleiben. Die DGCH hat sofort in einer Pressemeldung getitelt: **„Neue Krankenhausstrukturen/ Neue Finanzierungsprinzipien – Schritt in die richtige Richtung: Jetzt mutig sein, damit wir nicht alten Wein in neuen Schläuchen zu trinken haben“** und die Einbindung chirurgischer Expertise eingefordert, die in der Zusammensetzung der Expertenkommission vermisst wird.

Inzwischen hat das BMG auf die Forderung der Einbindung der Fachgesellschaften reagiert und die AWMF beauftragt, die Fachgesellschaften bei der Definition von Leistungsgruppen und die Zuordnung auf die inzwischen fünf Level vorzuschlagen. Dies wurde durch die AWMF in einem Kraftakt, an dem sich über 80 Fachgesellschaften beteiligt haben, realisiert. Die nicht beteiligten chirurgischen Fachgesellschaften wurden über ein wöchentliches online Meeting der Generalsekretäre:innen eingebunden. Inhaltlich wurden hier Leistungsgruppen definiert, weitere noch fehlende Leistungsgruppen konstruiert. Ferner wurde definiert, was ein „Fachkrankenhaus“ darstellt, nachdem festgestellt wurde, dass hierfür keine bundeseinheitliche Definition vorliegt. Auch wurde empfohlen, die Fachkrankenhäuser in Level-II- und Level-III-Kliniken einzuordnen, ohne dass diese die genauen Spezifikationen der Fachkrankenhäuser aufweisen müssen. Auch wurde auf den Sonderstatus der BG-Kliniken und Bundeswehrkrankenhäuser aufmerksam gemacht. Alles Punkte, die inzwischen vom BMG übernommen wurden und aktuell als Level F bezeichnet werden.

Neben diesen Punkten hat sich auch die Ausgestaltung der Level inzwischen verfeinert. Zu den Level-III-Häusern (Maximalversorgung) werden in einer Sonderrolle die Universitätsklinika als Level III U gegenüber dem ursprünglichen Plan als

Supramaximalversorger aufgewertet. Als problematisch wird noch die Rolle und Ausgestaltung der Level I (n+i) diskutiert. Wichtig und zwingend erforderlich ist eine vertikale abgestimmte, koordinierte zusammenwirkende Behandlung und/oder Behandlungskette. Auch strittig ist, wieweit regionale Öffnungsklauseln zugelassen werden. Das BMG bzw die Regierungskommission hat inzwischen auch das System der zukünftigen Krankenhausfinanzierung einer erheblichen Reform unterzogen. Sie sieht eine 60 prozentige Finanzierung der Vorhaltekosten, bestehend aus dem Krankenhaus individuellem Pflegebudget und einer Vorhaltefinanzierung, gesteuert durch 124 Leistungsgruppen, die sich an der Weiterbildungsordnung orientieren. Nur 40 % werden durch eine fallmen-genabhängige Vergütung, gebildet aus 1.300 Fallpauschalen (rDRG) finanziert und stellen eine Wettbewerbskomponente dar. Dies gilt für Level In bis Level III, nur Level-II-Häuser werden durch sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen finanziert. Weitere Eckpunkte der Reform sind eine Digitalisierungs-offensive, die eine Entbürokratisierung bringen soll. Für komplexe Leistungen soll es Mindestmengenregelungen geben. Eine Ambulantisierung von ca. 20 % der Leistungen wird Teil der Reform sein und wurde ja vorher schon diskutiert.

Spannung verspricht auch die Bildung von **Gesundheitsregionen**, in denen dann nur ein oder zwei Häuser höherer Level (II + III) agieren sollen, fest kooperativ verbunden mit einer Reihe von Level-I-Häusern. Gesundheitsregionen sollen nach Bevölkerungsdichte und Fahrstrecken gebildet werden. Als Level-In-Häuser könnte man sich erweiterte Notfallaufnahme mit Schockraum, OP und 24h Betten sowie Notfalldiagnostik vorstellen; tagsüber betrieben als ambulantes OP-Zentrum im Sinne der Ambulantisierungsinitiative, auch offen für ambulante Operationen niedergelassener Chirurgen. Die personelle ärztliche Leitung setzt als Expertise den Allgemeinchirurgen mit erweiterter Notfallexpertise voraus. Die Weiterbildungsordnung für eine solche Position sieht einen abgespeckten Allgemeinchirurgen mit auf fünf Jahre verkürzter Weiterbildungszeit, aber integrierter Notfallexpertise voraus.

Die Diskussion über Level-II-Häuser ist extrem volatil: Hier könnten Geriatrische Kliniken, geriatrische Kurzzeit-Rehabilitation, Prähabilitation, eine Mischung von stationärer und ambulanter Rehabilitation entstehen. Für die personelle Betreuung kämen hierfür auch Konsiliarärzte in Frage. Ob die Leitung durch Pflege stattfinden kann, bleibt nach den jüngsten Äußerungen nach dem Deutschen Ärztetag fraglich. Level-In- und Level-II-Einrichtungen könnten auch unter einem Dach betrieben werden; dies würde erhebliche Synergien freisetzen.

Übrigens ist dies in der jüngsten Geschichte ein einmaliger Akt der Beteiligung ärztlichen Sachverständs in Gesetzgebungsverfahren des Bundes.

RECHTSGUTACHTEN ZUR VERFASSUNGSMÄSSIGKEIT DER KOMPETENZEN DES BUNDES

Die drei unionsgeführten Gesundheitsministerien in Bayern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein haben eine Expertise bei dem Augsburger Verfassungsjuristen Ferdinand Wollenschläger mit der Frage, ob der Bund so weitreichende Strukturänderungen gesetzlich veranlassen kann, in Auftrag gegeben. Das Gutachten stellt die Vorschläge der Regierungskommission zur Krankenhausreform in Frage – die Pläne greifen demnach zu stark in die Kompetenz der Länder ein. Ein Gutachten des wissenschaftlichen Dienstes des Bundestags kommt zu der gegenteiligen Meinung, dass der Bund sehr wohl die Krankenhausfinanzierung regeln kann; siehe auch die bundeseinheitliche Regelung der Pflegebudgets. Inwieweit diesen Fragen durch das Bundesverfassungsgericht geklärt werden müssen, bleibt abzuwarten.

ZEITPLAN

Die Ausarbeitung der Leistungsgruppen durch die AWMF-Kommission ging jetzt an das BMG, eine weitere Ausarbeitung der Leistungsgruppen soll durch das InEK erfolgen. Ein Kabinettsbeschluss wird im Herbst erwartet. Damit könnten die parlamentarischen Gesetzgebungsverfahren im Bundestag und Bundesrat noch dieses Jahr beginnen. Der

Beginn der Reform wird vom BMG für Anfang 2024 geplant. Die ursprünglich geplante Konvergenzphase von fünf Jahren wird wohl 15 Jahre betragen müssen.

Am Ende des Reformprozesses, so die Regierungskommission, haben wir

- weniger kleine Krankenhäuser unter Erhalt von geografisch gut verteilten Notaufnahmen mit planbaren Standortaufgaben statt kalter Liquidierung,
- eine auskömmliche Finanzierung der verbliebenen Standorte,

- weniger Personalmangel,
- weniger Betten,
- weniger Leistungsdruck,
- mehr Personal pro Patient,
- Krankenhäuser behandeln sektorenübergreifend,
- das Geld bleibt überwiegend im System,
- Sicherung der ambulanten und stationären Notfallversorgung auch in ländlichen Gebieten,
- eine (geringe) Steigerung von Level-II- und Level-III-Häusern,
- zu 50 % andere Patientenpfade,

- eine höhere Ergebnisqualität durch Zentralisierung und Mindestmengen,
- Ambulantisierung von 20 % der heute noch stationären Leistungen und
- keine dauerhaft höheren Ausgaben für das Gesundheitssystem.

Das alles wird den Steuerzahler während einer 15-jährigen Konvergenzphase zwischen 30 und 150 Milliarden Euro Kosten, je nach Optimismus in der Frage staatlicher Gestaltungskunst.



Nachlese Deutscher Chirurgie Kongress 2023

BEITRÄGE

- | | |
|----|---|
| 38 | PRÄSIDENTENREDE ANLÄSSLICH
DES 140. DGCH-KONGRESSES 2023 |
| 43 | BILDERGALERIE ZUR ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG |
| 44 | EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND VERGABE
VON STIPENDIEN |
| 46 | WAHL DES PRÄSIDENTEN 2025/2026 |
| 48 | IMPRESSIONEN VOM DGCH-KONGRESS 2023 |
| 51 | EIN LAUF MACHT MOBIL FÜR DIE ORGANSPENDE |
| 54 | EINLADUNG ZUM DCK 2024 |
| 57 | PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG 2023 |
| 59 | AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2024 |

DCK 2023 PRÄSIDENTENREDE

Präsidentenrede anlässlich des 140. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie DCK 2023



Prof. Dr. med. Andreas Seekamp
Präsident der DGCH 2022/2023
Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein Campus Kiel
Orthopädie und Unfallchirurgie
Arnold-Heller-Str. 3 (Haus C)
24105 Kiel

Sehr geehrter Herr Dr. Quitterer,
meine sehr verehrten Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

in Anbetracht des letztjährigen 150-jährigen Jubiläums unserer Fachgesellschaft haben wir für den diesjährigen 140. Kongress das Motto „151 Jahre DGCH – Aufbruch in kommende Jahrzehnte“ gewählt. Aufbruch heißt, neue Ziele festzulegen und den Weg dorthin zu beschreiben. Gleichzeitig bedeutet es aber auch, ggf. Dinge hinter sich zu lassen, ohne mit bewährten Traditionen zu brechen. Um einen möglichst geradlinigen Weg in kommende Jahre aufzuzeigen erscheint es mir sinnvoll, eine Brücke zu schlagen, von den Anfängen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie über die Gegenwart bis in die Zukunft. Und wie wäre es wohl, wenn unsere Lehrmeister und Gründer unserer Gesellschaft uns heute betrachten würden und unsere

Zukunftsfähigkeit zu bewerten hätten? Indikatoren für eine solche Analyse wären sicherlich die Einheit der Chirurgie, die Wissenschaft, der Nachwuchs und nicht zuletzt unser Zusammenspiel mit der Politik.

Gleich zu Beginn und noch vor allem anderen könnte die erste Frage aus dem Kreis der Gründer unserer Gesellschaft lauten, was denn aus dem Langenbeck-Virchow-Haus geworden sei, „stehe es nicht heute vielleicht sehr im Schatten des Hochhauses der Charité?“ Nun, bedeutsam ist, dass sich allein im Unterschied dieser beiden Gebäude das widerspiegelt, was sich innerhalb der letzten 151 Jahre in der Medizin entwickelt hat. Auf der einen Seite der wahrlich in den Himmel ragende Zuwachs an medizinischen Erkenntnissen und Therapiemöglichkeiten, auch in der Chirurgie, und auf der anderen Seite ein bestechender Ausdruck von Beständigkeit,

DCK 2023 PRÄSIDENTENREDE

Verantwortungsbewusstsein und Einigkeit. Die Chirurgie stand damals am Beginn eines Höhenflugs. Viele neue wissenschaftliche Erkenntnisse ermöglichten chirurgische Eingriffe, die zuvor nicht umsetzbar waren. Das Aufstreben der Chirurgie als eigene medizinische Disziplin spiegelt sich somit sicher auch in dem Langenbeck-Virchow-Haus wider. Erfreulicherweise ist das Gebäude seinem ursprünglichen Nutzen wieder zugeführt und erfreut sich als Veranstaltungsort großer Beliebtheit über alle medizinischen Fachbereiche hinweg. Darüber hinaus hat das Langenbeck-Virchow-Haus aber heute weiterhin eine symbolische Kraft. Es ist weiterhin das Haus der Chirurgie und bleibt ihr Kristallisationspunkt.

In Anbetracht einer zunehmenden Spezialisierung ist die Frage, wie es denn um die Einheit der Chirurgie stehe, heute aktueller denn je. Aber auch die Geburtsstunde der DGCH war mit ihrer Ausgründung aus der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte eine frühe Spezialisierung. Insofern war unseren Lehrmeistern ein solcher Schritt nicht fremd. Mittlerweile ist es innerhalb des Gebiets der Chirurgie zur Ausgründung einer Vielzahl von Fachgesellschaften gekommen, die jede für sich eine eigenständige Qualifikation bis hin zum Facharzt anbietet. Derzeit sind es zehn Fachgesellschaften, die sich dem Gebiet der Chirurgie zugehörig fühlen und unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zusammengefasst sind. Es ist absehbar, dass es in Zukunft zu weiteren Spezialisierungen kommen wird. Vorangetrieben wird die Spezialisierung durch Entwicklungen in Technik und Materialforschung. Hierdurch haben sich neue chirurgische Methoden entwickelt, mit dem Ziel, die chirurgischen Eingriffe präziser, individueller und letztlich patientenschonender zu gestalten. Es handelt sich um einen evolutionären Prozess der Chirurgie, bei dem am Ende stets der Patient der

Gewinner sein sollte. Wie bei jeder Evolution gibt es Sackgassen, aber auch sehr erfolgreiche Wege, wie z. B. endoskopische und laparoskopische Techniken, die mittlerweile in nahezu allen Körperregionen angewendet werden. Festhalten an Traditionen und altüberlieferten Zuständigkeiten sind in diesem Prozess fehl am Platz. Wer eine Technik bis zur überlegenen Perfektion beherrscht, wird sich am Patienten durchsetzen. Bestehen kann diesen Prozess nur derjenige, der flexibel und lernfähig bleibt. Ein aktuell neuer Weg ist die Computer- und Robotik-unterstützte Chirurgie. Hier muss die Zukunft noch zeigen, welche Bedeutung diesem Thema in der Evolution der Chirurgie zuteil wird. Eine Spezialisierung ist somit grundsätzlich zu begrüßen, sie darf aber nicht dazu führen, dass man als Chirurg den ganzheitlichen Blick für den Patienten verliert. Chirurg sein, heißt auch immer noch Arzt zu sein und nicht nur der Dienstleistende Operateur.

Trotz aller Spezialisierung sollte die Einheit der Chirurgie nicht verloren gehen. Sie muss im täglichen Umgang gelebt werden, sowohl in dem Miteinander der chirurgischen Fachgesellschaften, z. B. auf den Chirurgischen Forschungstagen oder auf den Jahrestagungen der Chirurgischen Regionalverbände, als auch in jeder einzelnen Klinik unter den chirurgischen Fachabteilungen vor Ort. Die Systematik des Hauses der Chirurgie lässt sich orientierend an der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer für Chirurgie ablesen. Danach gibt es ein Gebiet für Chirurgie, in dem verschiedene Facharztqualifikationen erworben werden können. Diejenigen Fachgesellschaften, die entsprechende Facharztausbildungen anbieten, sind als Mitglieder in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zusammengeschlossen und auch zukünftig willkommen. Weitere Fachgesellschaften und eingetragene Vereinigungen, die eine Zusatzqualifikation anbieten, die auf

einem Facharzt aus dem Gebiet der Chirurgie aufbauen, sind eher einer dieser facharztführenden Fachgesellschaften als Mitglied zuzuordnen.

Zu definieren wäre in diesem Zusammenhang wahrscheinlich nochmals die Allgemeinchirurgie. Immer wieder war zu hören, dass man sie eigentlich nicht mehr brauche und man ihre Weiterbildung nicht mehr anbieten sollte. Es gibt sie aber weiterhin und es bleibt abzuwarten, ob sie nicht doch in der zukünftigen umstrukturierten Kliniklandschaft in ländlichen Regionen benötigt wird, um eine Basisversorgung bzw. Notfallversorgung sicherzustellen. Vielleicht müssen die Inhalte der Allgemeinchirurgie in Teilen diesem neuen Arbeitsfeld angepasst werden. So bleibt zu klären, ob die Allgemeinchirurgie das beinhalten soll, was eigentlich jeder können sollte, sozusagen als Basis der Chirurgie, oder ob es das ist, was keiner mehr machen möchte und für chirurgische Spezialisten vermeintlich uninteressant erscheint. Die DGCH jedenfalls muss für alles stehen, auch für die Allgemeinchirurgie, aber eben nicht nur für die Allgemeinchirurgie, sondern für das Gebiet der Chirurgie insgesamt.

Ein beständiges Symbol der Gemeinsamkeit aller Chirurgen ist weiterhin das Langenbeck-Virchow-Haus. Es mag mittlerweile etwas zu klein erscheinen, um allen chirurgischen Fachgesellschaften ausreichend Räumlichkeiten bereitzustellen. Ein neues Haus der Chirurgie zu bauen, wäre eine fantastische Aufgabe, aber sicherlich nicht zu realisieren. Es würde wahrscheinlich ausreichen, um den Gedanken des Langenbeck-Virchow-Hauses für die Zukunft zu verstetigen, eine virtuelle Plattform, gleich einem virtuellen Haus der Chirurgie, zu etablieren, um quasi dem Nachwuchs einen einheitlichen Eingang zum Gebiet der Chirurgie zu verschaffen, über den sie sich über die vielseitigen Möglichkeiten

DCK 2023 PRÄSIDENTENREDE

der klinischen Ausbildung und der wissenschaftlichen Aktivitäten im Gebiet der Chirurgie orientieren können.

Dies bringt zu uns zu einer weiteren möglichen Frage unserer Lehrmeister, nämlich: „Wie schaut es aus mit dem Nachwuchs der Chirurgie und gibt es auch Frauen in der Chirurgie?“ Ende des 19. Jahrhundert gab es quasi keine Frauen in der Chirurgie, aber wahrscheinlich erkannte man, dass sich dieses ändern würde und ändern müsste. In ihren Memorarien schreibt die Medizinstudentin Hermine Heuser-Edenhuizen um die Jahrhundertwende Folgendes über ihre Kommilitonin Katharina Freytag (Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin der Charité): „Auch in Bonn, wohin sich nach unserem Durchbruch langsam mehr Studentinnen wagten, hatten wir eine von diesen tapferen Frauen. Nur dank ihrer großen Energie und Hartnäckigkeit hat sie sich eine Fachausbildung in der Chirurgie angeeignet und hat sich später sogar eine eigene Klinik aufgebaut.“ Katharina Freytag selbst berichtete im Zentralblatt des Bundes Deutscher Frauenvereine 1906 über einen persönlich erlebten Vorfall. Sie schrieb: „Auf einer Bahnfahrt von Köln nach Hamburg wurde ich von der Polizei festgenommen. Der Stationsvorstand in Bremen habe es so gewünscht, ich sei ein verkleideter Mann. Ich fügte hinzu, dass ich ein gut gearbeitetes Jackenkleid trüge, ferner dass ich auch nicht kurz geschnittene Haare trage.“ Erst nach einer Vernehmung und einer telegrafischen Anfrage bei der Universitätsverwaltung (in Bonn) wurde sie wieder entlassen. Um den medizinischen und insbesondere den weiblichen Nachwuchs im Medizinstudium ist es aktuell nicht schlecht bestellt. Derzeit gibt es etwa zwei Drittel Studentinnen in den medizinischen Fakultäten. Das tatsächliche breite Interesse an dem Medizinstudium wird durch die Zulassungsbeschränkungen und Auswahlverfahren zum Studium

wahrscheinlich etwas verzerrt und spiegelt sicher die zunehmende Diversität unserer Gesellschaft nicht wider. Anzunehmen ist, dass über alle Schulabsolventen hinweg ein gleichmäßig verteiltes Interesse am Medizinstudium besteht. Wichtig für uns ist aber die Frage, warum sich Medizinstudentinnen und -studenten zum Abschluss des Studiums nur in vergleichsweise geringer Zahl für das Gebiet der Chirurgie entscheiden. Fragt man den potenziellen Nachwuchs nach den Gründen, so fällt häufig das Stichwort „Work-Life-Balance“. Dieser Begriff legt nahe, dass es sich um zwei gegensätzliche, schlecht miteinander zu vereinbarende Aktivitäten handelt, die stets in einem Gleichgewicht zu halten sind. Dabei sollte es doch möglich sein, eine berufliche Tätigkeit und das Privatleben mit einer unterschiedlichen, aber gleichwertigen persönlichen Wertschätzung ausgestalten zu können. Der Psychologe Martin Seligmann hat Mitte der 90er-Jahre den Begriff der Positiven Psychologie geprägt. Er beschreibt, dass jeder Mensch einen Sinn finden möchte, Gemeinschaft erleben möchte, Ziele erreichen und genießen möchte. Letzten Endes gilt es, Wege zu finden, sein eigenes Leben positiv zu gestalten.

Für die Chirurgie kann dies vielleicht bedeuten, dass man dem Nachwuchs möglichst frühzeitig das besondere Verhältnis zu den Patienten und das persönliche Erfolgserlebnis einer erfolgreichen Behandlung versuchen sollte nahe zu bringen. So mag es erforderlich sein, noch eher als bisher dem Nachwuchs Verantwortlichkeiten zu übertragen und ihm die Möglichkeit zu geben, eigene Ideen und Vorstellungen umzusetzen. Nun ist dies aufgrund von Standards und vorgeschriebenen Behandlungsrichtlinien in der unmittelbaren chirurgischen Patientenbehandlung nur begrenzt möglich. Vieles, was wir tun, beruht auf Erfahrung, und die gilt es zunächst weiterzugeben. Einen viel größeren Spielraum

gibt es dafür aber in der Wissenschaft, wo man dem Nachwuchs viel eher einen eigenen Gestaltungsfreiraum geben kann. Medizin ist immer auch Wissenschaft, nicht zuletzt, weil die Behandlung von Patienten auf dem bestmöglichen wissenschaftlichen Kenntnisstand beruhen sollte. Gleichzeitig muss aber die berufliche Tätigkeit auch mit dem privaten Leben und hier insbesondere mit einem familiären Leben verknüpft werden können. Viel konkreter als der Begriff Work-Life-Balance ist die Forderung nach der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Die Chirurgie selbst können wir dafür nicht verändern, wir können keine Kompromisse gegenüber den Patienten eingehen und nicht Verantwortung durch ein Vielfaches teilen. Aber wir können die Arbeitsbedingungen angleichen, in der Art, dass keine Person, die sich für eine chirurgische Ausbildung entscheidet, ein schlechtes Gewissen haben muss, wenn sie sich über den eigenen familiären Nachwuchs Gedanken macht. Elternzeit muss selbstverständlich werden und muss dem weiblichen wie dem männlichen Nachwuchs in unseren Kliniken und Praxen gleichermaßen ermöglicht werden. Die chirurgische Weiterbildung wird sich dadurch verlängern, aber Elternzeit ist nicht weniger wertvoll. Betrachten wir diese Zeit als externe Rotation mit dem Lehrinhalt Lebenserfahrung. Vielleicht wird sich herausstellen, dass Eigenschaften wie Empathie und Patientenzuwendung, die in der zunehmend technisierten Medizin in den Hintergrund zu treten scheinen, ebenfalls genderunabhängig sind.

Familienfreundlichkeit sollte im Übrigen nicht nur an dem Nachweis von Kindertagesstätten bemessen werden, sondern auch daran, dass ein personeller Ausgleich erfolgt, wenn kommender Nachwuchs angezeigt wird. Familienfreundlichkeit beginnt mit der Familienplanung. Viel zu häufig wird aus meiner Sicht ein Berufsverbot bei bestehender

DCK 2023 PRÄSIDENTENREDE

Schwangerschaft ausgesprochen, um für eine personelle Kompensation zu sorgen. Über das, was während einer Schwangerschaft im chirurgischen Umfeld noch möglich ist, wurde in den letzten Jahren vielfach diskutiert und publiziert, aber es fehlt die konsequente Umsetzung. In jedem Fall scheint es zu dem Thema Beruf und Familie noch viele Möglichkeiten zu geben, um die Attraktivität der Chirurgie für unseren Nachwuchs zu erhöhen.

Die Wissenschaft als Chance für die Nachwuchsgewinnung hatte ich bereits erwähnt. Auch unsere Lehrmeister wären im Hinblick auf die Bewertung unserer Zukunftsfähigkeit hieran sicher interessiert. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse des ausgehenden 19. Jahrhunderts betrachten wir heute als Selbstverständlichkeiten, sie waren damals aber revolutionär. Chirurgische Infektionen konnten reduziert werden, Impfstoffe wurden erfunden, die Anästhesieverfahren wurden effektiver und die Röntgenstrahlen wurden entdeckt. Die Chirurgie war großer Nutznießer dieser Entwicklungen. Es wurden neue chirurgische Techniken erprobt, die schon lange erdacht waren, aber bis dahin nicht umgesetzt werden konnten. Erweiterte chirurgische Eingriffe brachten kurative Vorteile für den Patienten, beinhalteten aber auch größere Risiken. Heute stehen im Mittelpunkt der Entwicklung, die minimalinvasiven Zugänge um das operative Trauma aufseiten des Patienten gering zu halten, aber dennoch alle umfangreichen bewährten chirurgischen Eingriffe durchführen zu können. Möglich wird dies durch eine zunehmende Technisierung der Chirurgie, sowohl was die Bildgebung vor allem in situ betrifft und die technisch operative Umsetzung der manuellen Fertigkeiten des Operators in nahezu frei zu wählenden Dimensionen. Neben der klinischen Forschung und Weiterentwicklung chirurgischer Techniken hat sich aber auch

in der Chirurgie über die letzten Jahrzehnte eine sehr erfolgreiche Grundlagenforschung entwickelt, die im Bereich der Transplantationsmedizin und der Onkologie eine enge Verzahnung mit den nicht chirurgischen Fachdisziplinen erreicht hat, und sich zum Wohl des Patienten eine sehr enge interdisziplinäre Behandlung etablierte.

Hierbei dürfen jedoch die Wertigkeit und die Bedeutung der Chirurgie nicht verloren gehen. In manchen Bereichen ist die Chirurgie weiterhin alternativlos, z. B. bei verunfallten Patienten oder auch in der Transplantationschirurgie, hier ist der Stellenwert der Chirurgie unbestritten. Aber im Bereich der Onkologie muss sich die Chirurgie schon jetzt unter Beweis stellen. Dieses gelingt nicht allein durch molekularbiologische Erkenntnisse, sondern im Wesentlichen durch klinische Forschung, in der die Wertigkeit des chirurgischen Handelns am Outcome des Patienten darzustellen ist. Die klinische Forschung muss daher gegenüber den Basiswissenschaften als gleichwertig angesehen werden, auch wenn sich dieses nicht immer in den Impaktfaktoren in Journalen widerspiegelt. Was die Vernetzung und die Basis für klinische Forschung in der Chirurgie betrifft, so glaube ich, dass die Voraussetzungen mit dem Netzwerk für chirurgische Forschung (Chir-Net) und dem Zentrum für klinische Studien der DGCH (SDGC, Heidelberg) sehr gut sind. Es wäre wünschenswert, wenn hierauf noch mehr als bisher zurückgegriffen würde, und auch eine homogene Verteilung der wissenschaftlichen Aktivitäten über alle Fachgesellschaften der DGCH hergestellt werden könnte.

Im Bereich der klinischen Forschung wird zukünftig auch die veränderte Kliniklandschaft zu berücksichtigen sein, ebenso wie die Forderung nach Mindestmengen für bestimmte aufwendige chirurgische

Eingriffe. All dies sollte Anlass geben, mehr als bisher auch nicht universitären Kliniken zu ermöglichen, an entsprechenden klinischen Studien teilzunehmen. Als vorbildlich kann hier sicherlich das chirurgische Netzwerk der DGCH betrachtet werden, in dem sich auch nicht universitäre Kliniken als Standort wissenschaftlich klinischer Forschung qualifizieren können. Welche Rolle mittlerweile nicht universitäre Kliniken spielen, darf ich nur am Beispiel der Knie- und Hüftendoprothetik darstellen. Mittlerweile gibt es keine universitäre Klinik, die nur annäherungsweise an die Versorgungszahlen herankommt, wie sie von spezialisierten Kliniken vorgelegt werden. Im Zuge der Bedeutung der klinischen Forschung muss es dem wissenschaftlichen Nachwuchs auch mehr als bisher möglich sein, sich allein durch diese eine wissenschaftliche Anerkennung zu erarbeiten. Es kann nicht von jedem wissenschaftlich interessierten Chirurgen erwartet werden, dass er zunächst ein Experte in Molekularbiologie wird, bevor er neben seiner klinischen Ausbildung auch eine wissenschaftliche Qualifikation erwirbt. Ein interessantes Konstrukt ist in diesem Zusammenhang das Programm des Clinical Scientist, das mittlerweile fast an allen medizinischen Fakultäten etabliert ist. Dieses Programm ermöglicht es dem klinisch-wissenschaftlich orientierten Nachwuchs, auch in einem adäquaten Zeitintervall eine wissenschaftliche Qualifikation zu erwerben. Die Wissenschaft bleibt für die chirurgischen Fächer eine Herausforderung, in der sie sich gegenüber anderen medizinischen Disziplinen behaupten muss. Gerne wird dabei die Bedeutung der klinischen Wissenschaft weniger wahrgenommen, als sie es verdient.

Exzellente Wissenschaft benötigt auch eine hervorragende Infrastruktur, was mich zum letzten Punkt bringt, nämlich unserem heutigen Verhältnis zur Politik,

DCK 2023 PRÄSIDENTENREDE

insbesondere natürlich der Gesundheits- und Wissenschaftspolitik.

Die Lehrmeister und Gründer unserer Fachgesellschaft scheinen stets ein offenes Ohr für ihre Belange bei der Staatsführung gefunden zu haben. Heute ist das Verhältnis zur Politik vor allem durch positives Potenzial geprägt. Es gibt eine Reihe von Beispielen, die aufzeigen, dass wir das, was uns wichtig ist, selbst vorantreiben müssen. Genannt sei hier nur die Widerspruchsregelung im Rahmen der Organspende. Dort, wo die Politik zögert und sich uneinig zeigt, müssen wir Entschlossenheit und Einigkeit demonstrieren. Zu vielen Aspekten struktureller Probleme des Gesundheitswesens gibt es seitens der Ärzteschaft und der medizinischen Fachgesellschaften schon seit Längerem konkrete Vorstellungen und erfolgreiche Umsetzungen. Das jüngste Beispiel ist die geplante Umstrukturierung der Kliniklandschaft. So bestehen bereits hinreichend Erfahrungen mit einem abgestuften Versorgungssystem und der Vernetzung von Kliniken, genannt seien hier die Traumanetzwerke, Transplantationszentren, onkologischen Zentren. Die Umstrukturierung wird nicht einfach, da es viele Aspekte der bestehenden Kliniklandschaft zu berücksichtigen gibt. Die treibende Kraft der Umstrukturierung ist die Wirtschaftlichkeit. Dieses ist grundsätzlich nicht in Frage zu stellen, so hat auch schon vor mehreren Jahren der Nationale Ethikrat betont, dass Medizin auch wirtschaftlich sein muss. In Anbetracht der Tatsache, dass wir uns mittlerweile eines der teuersten Gesundheitssysteme weltweit

leisten und scheinbar trotzdem mit den finanziellen Mitteln nicht auskommen, ist dringender Handlungsbedarf gegeben. In diesem Zusammenhang ist es aus meiner Sicht befremdlich, dass private Klinikträger ihr wirtschaftliches Ergebnis u. a. danach ausrichten, eine möglichst hohe Rendite an ihre Investoren und Beteiligungsgesellschaften auszuschütten, während vorwiegend kommunale Kliniken Insolvenz beantragen müssen. Das Gesundheitssystem beruht auf dem Solidaritätsprinzip, es ist nicht auf Gewinnmaximierung ausgelegt, finanzielle Gewinne müssen in dem System verbleiben und dürfen diesem nicht entzogen werden. Auch das DRG-System scheint langsam auf den Prüfstand zu kommen, wie schon lange seitens der Ärzteschaft gefordert.

Was das zukünftige Verhältnis unserer Fachgesellschaft zur Gesundheitspolitik betrifft, so wird man als einzelne Fachgesellschaft wahrscheinlich wenig ausrichten können. Es bleibt daher nur, Aktivitäten in bestehenden Gremien und Institutionen zu entfalten und sich dort gemeinsam mit anderen medizinischen Fachgesellschaften zu engagieren, um unsere Belange einer gesundheitspolitischen Umsetzung zuzuführen. Gelernt haben wir inzwischen auch, dass wir nicht nur auf nationaler, sondern auch auf europäischer Ebene tätig werden müssen. Das geschieht teilweise schon, z. B. in Fragen der Facharztqualifikationen und den entsprechenden Standards. Die EU erscheint uns in täglichen Belangen weit weg zu sein, nahezu abstrakt, und doch nimmt sie mehr und mehr Einfluss auf

unseren Klinikalltag, denken wir nur zurück an das Arbeitszeitschutzgesetz. Insofern werden wir uns nicht mehr nur in Berlin engagieren können, sondern uns auch in Brüssel professioneller als bisher aufstellen müssen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich darf zum Ausgangspunkt zurückkommen. Die Frage war, wie unsere Lehrmeister heute unsere Zukunftsfähigkeit beurteilen würden. Ohne Zweifel hat sich vieles zum Besseren verändert in den letzten 150 Jahren der Chirurgie. Profitiert haben erfreulicherweise vor allem unsere Patienten. Ich denke, mit diesem Bestreben sollten wir in den kommenden Jahrzehnten fortfahren. Trotz aller Spezialisierungen dürfen wir nicht aus dem Auge verlieren, dass wir als starke Gemeinschaft auftreten müssen. Unsere Begeisterung für die Chirurgie und der Zusammenhalt aller Spezialisten sind unsere Werte, für die sich auch zukünftig wissenschaftlicher Nachwuchs gewinnen lässt. Trotz mancher Unwägbarkeiten sollten wir uns stets auf unsere Kernkompetenz besinnen, auf die Chirurgie. Allein dadurch wird man uns auch zukünftig wahrnehmen und sich auch von politischer Seite mit unseren Belangen auseinandersetzen.

In diesem Sinne wünsche ich uns allen und unserer Deutschen Gesellschaft für Chirurgie alles Gute für die kommenden Jahrzehnte und hoffe, dass wir mit dem diesjährigen 140. Kongress der Chirurgie dahingehend ein paar neue Akzente setzen können.

Herzlichen Dank.

DCK 2023 BILDERGALERIE ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG

BILDERGALERIE* ZUR ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG



Grußwort LÄK: Präsident Dr. G. Quitterer



Grußwort DGCH: Präsident Prof. Dr. A. Seekamp



Alphornbläser Fischbachau



Verleihung Ehrenmitgliedschaft:
Prof. Dr. B. Vollmar



Verleihung Ehrenmitgliedschaft:
Prof. Dr. A. Markewitz



Edgar-Ungeheuer-Preis: PD Dr. E. Birgin



Poster-Preis: Dr. L. I. Hanke



**Urkunde der Deutschen Gesellschaft für
Chirurgie:** Medtronic GmbH



Gastvortrag: Dr. S. Arndt

*© alle Bilder: DGCH

DCK 2023

EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND STIPENDIEN

EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND VERGABE VON STIPENDIEN

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe wofür
Ehrenmitglied der DGCH	Prof. Dr. med. Andreas Markewitz, Oberstarzt a.D., Koblenz	Für seine Verdienste um die chirurgische Intensivmedizin. Bis zum heutigen Tag engagiert sich Herr Prof. Markewitz für die chirurgischen Belange in der Intensivmedizin auf vielen Ebenen und tritt für unsere Interessen ein.
Ehrenmitglied der DGCH	Prof. Dr. med. Brigitte Vollmar, Rostock	Für ihre Verdienste um die chirurgische experimentelle Forschung.
Senator auf Lebenszeit	Prof. Dr. med. Matthias Anthuber, Augsburg	Anerkennung und Würdigung seiner langjährigen Verdienste um die DGCH, vor allem als Präsident im Jahr 2018/2019.
Werner-Körte-Medaille in Gold	Prof. Dr. med. Neudecker, Berlin	Für die langjährige Unterstützung unserer Gesellschaft.
Werner-Körte-Medaille in Silber	Inga Rossion, Heidelberg	Für die stetige Unterstützung der DGCH.
Siegel der DGCH	Dr. jur. Jörg Heberer, München	Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ehrt Herrn Dr. jur. Heberer mit ihrem Siegel als Zeichen der Verbundenheit mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.
Urkunde der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie	Medtronic GmbH, Meerbusch	Für die langjährige, loyale und engagierte Unterstützung der Kongresse der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie! Das Unternehmen hat damit in hervorzuhebender Art und Weise zum Gelingen der Fort- und Weiterbildung in den chirurgischen Fachgebieten beigetragen.

DCK 2023

EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND STIPENDIEN

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe wofür
Rudolf-Zenker-Preis	Prof. Dr. med. Hans Zwipp, Dresden	Für seine Verdienste um die Fußchirurgie. Mit seinem unermüdlichen Einsatz hat Prof. Zwipp international anerkannte Maßstäbe und Standards gesetzt.
W.-Müller-Osten-Preis	Dr. med. Johanna Ludwig, Berlin	Für die wissenschaftliche Arbeit: „Qualität der orthopädisch-unfallchirurgischen Weiterbildung in Deutschland: Besteht Handlungsbedarf?“
Edgar-Ungeheuer-Preis	PD Dr. med. Emrullah Birgin, Mannheim	„Roboter-assistierte Hemihepatektomie links mittels Glissonean Pedicle Approach bei Caroli Syndrom“
Leonhard-Schweiberer-Medaille	Prof. Dr. med. Matthias Richter-Turtur, Wolfratshausen	
Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung	Dr. med. Maximilian Menger, Tübingen	“Photoacoustic imaging for the study of oxygen saturation and total hemoglobin in bone healing and non-union formation”
Posterpreis	Dr. med. Laura Isabel Hanke	„Der geschärfte Blick - Eye Tracking im interdisziplinären Schockraumtraining in hoch-immersiver virtueller Realität.“
Fritz-Linder-Preis	Dr. rer. medic. Charlotte von Horn	“Controlled oxygenated rewarming as novel end-ischemic therapy (CORNET) for cold stored liver grafts. A randomized controlled trial”
Felicien-Steichen-Preis	PD Dr. med. Tim R. Glowka, Bonn	
Karl-Storz-Preis	Jonas Fuchtmann, München	Für die wissenschaftliche Arbeit: „Deep Learning Based Detection of Intestinal Segments for Colorectal Endoscopic Investigations“
Stipendium als Fortbildungshilfe	Dr. med. Cornelius Dieter Schubert, Hamburg	
Reisestipendium der Klaus-Junghanns-Stiftung	Dr. med. Carmen Kabs, München	
Reisestipendium zum Kongress zum des ACS	PD Dr. med. Alexander Semaan, Bonn	
Wolfgang-Müller-Osten-Stipendium für ausländische Hospitanten	Dr. med. Gacelle Fossi Kanga, Kamerun	Für einen Forschungsaufenthalt an einer deutschen Klinik.

DCK 2023 PRÄSIDENTENWAHL

Wahl des Präsidenten 2025/ 26



Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner
Direktor
Zentrum für Neurochirurgie
Klinik für Allgemeine Neurochirurgie
Universitätsklinikum Köln
roland.goldbrunner@uk-koeln.de

CURRICULUM VITAE PROF. DR. MED. ROLAND GOLDBRUNNER

BERUFLICHER WERDEGANG

01.06.92 bis 30.11.93: Arzt im Praktikum an der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie der Universität Würzburg

01.12.93 bis 31.07.99: Assistenzarzt an der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie der Universität Würzburg

23.11.99: Facharzt für Neurochirurgie

23.11.99 bis 30.09.01: Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie der Universität Würzburg

01.10.01 bis 31.05.09: Oberarzt an der Neurochirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität München

01.03.05 bis 31.05.09: Leitender Oberarzt der Neurochirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität München

seit 01.06.09: Direktor der Klinik für Allgemeine Neurochirurgie des Universitätsklinikums Köln

seit 16.09.10: Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Neurochirurgie

01.07.18 – 01.07.20: Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)

01.07.20-01.07.22: Präsident der DGNC

Seit 01.07.22 (bis 01.07.24): Past-Präsident der DGNC

ZUSATZQUALIFIKATIONEN

26.06.97: Fachkunde für Strahlenschutz

24.07.97 bis 30.09.01: Strahlenschutzbeauftragter der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie der Universität Würzburg

09.03.03 bis 13.03.03: Trainingskurs für Hochschullehrer der München-Harvard-Alliance

01.01.07 – 13.09.07: Fernstudium „BWL für Mediziner“ (Gesundheitsökonomie)

23.05.2011: Zertifikat: „Spezielle neurochirurgische Onkologie“ der DGNC und des BDNC

Seit 16.10.2013: Leiter des Neuroonkologischen Tumorzentrums der Uniklinik Köln (Zertifikat DKG)

Seit 22.11.19: Sprecher des Wirbelsäulenzentrums der Maximalversorgung der DWG

WISSENSCHAFTLICHER WERDEGANG

19.5.93: Promotion

01/93 bis 30.09.01: Mitglied der Neurophysiologischen Arbeitsgruppe der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie der Universität Würzburg

06/93 bis 30.09.01: Mitglied des Tumorbio-logischen Labors der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie der Universität Würzburg

01.09.96 – 31.12.96: Forschungsaufenthalt am Laboratory for CNS Regeneration and Neuro-Oncology (Prof. J.J. Bernstein)

09.07.01: Habilitation

DCK 2023 PRÄSIDENTENWAHL

01.03.01 bis 30.9.01: Leitung des Tumorbiologischen Labors der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie der Universität Würzburg

01.02.02: Leitung des Tumorbiologischen Labors der Neurochirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität München

01.03.05: ICH-GCP-Kurs: Good Clinical Practice, fortlaufende Auffrischkurse

Seit 1999: Betreuung klinischer Studien (mono/multizentrisch, Phase I/II bis III)

GUTACHTERTÄTIGKEIT UND HERAUSGEBER FÜR FACHZEITSCHRIFTEN

- International Journal of Cancer
- Journal of Neurochemistry
- Neuropathology and applied Neurobiology
- J Neurosurgery
- J Neurooncology
- Neuro Oncology
- Acta Neuropathologica
- Acta Neurochirurgica

- Brain Pathology
- Brain
- Molecular Brain Research
- Journal of Neurology
- Zentralblatt für Neurochirurgie
- Neurochirurgie Scan
- Der Nervenarzt
- HNO

GUTACHTERTÄTIGKEIT FÜR FORSCHUNGSFÖRDERUNGSGESELLSCHAFTEN

- Gesellschaft zur Förderung von Forschung und Lehre der LMU München
- Köln Fortune
- Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)
- Deutsche Krebsgesellschaft
- BMBF
- Innovationsfond des GBA

MITGLIEDSCHAFTEN

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
- Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie

- Berufsverband der Deutschen Neurochirurgen
- Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft (NOA) der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)
- Deutsche Gesellschaft für Neurologische und neurochirurgische Intensivmedizin (DIGNI)
- European Association for Neurosurgical Societies (EANS)
- European Association for Neuro-Oncology (EANO)
- American Association for Cancer Research (AACR)
- Brain Tumor Group (BTG) European Organisation for Research and treatment on Cancer (EORTC)
- Deutsche Wirbelsäulengesellschaft (DWG)

HOBBYS

Rudern, Segeln

DCK 2023 IMPRESSIONEN

IMPRESSIONEN* VOM DCK 2023



PRÄSIDENTENEMPFANG



Senator: Prof. Dr. M. Anthuber



Senator ehrenhalber: Prof. Dr. Dr. h.c. H.-J. Meyer



Siegel: Dr. jur. J. Heberer



Werner Körte-Medaille Gold: Prof. Dr. J. Neudecker



Werner Körte-Medaille Silber: I. Rossion



Rudolf-Zenker-Preis: Prof. Dr. H. Zwipp

INTERNATIONALEN EMPFANG



Leonhard-Schweiberer-Medaille:
Prof. Dr. M. Richter-Turtur



**Reisestipendium zum Jahreskongress des
American College of Surgeons:** PD Dr. A. Semaan

DCK 2023 IMPRESSIONEN



MITGLIEDERVERSAMMLUNG



Geschäftsführender Vorstand



Bericht Präsident



Bericht Schatzmeister



Bericht Generalsekretär



Wahlen

GESELLSCHAFTSABEND



Wolfgang-Müller-Osten-Preis: Dr. J. Ludwig



**Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische
Forschung:** Dr. M. Menger



Reisestipendium der Klaus-Junghanns-Stiftung:
Dr. C. Kabs



Karl-Storz-Preis: J. Fuchtmann



Felicien-Steichen-Preis: PD Dr. T.R. Glowka

DCK 2023 IMPRESSIONEN



IMPRESSIONEN VOM DCK 2023



ORGANSPENDELAUF



*© alle Bilder: DGCH

DCK 2023

EIN LAUF MACHT MOBIL FÜR DIE ORGANSPENDE

Ein Lauf macht mobil für die Organspende

Fast 3000 Teilnehmer beteiligten sich weltweit am Corza Medical Organspendelauf 2023 – der Präsenzlaf in München fand mit überwältigendem Erfolg und hochkarätiger Prominenz im Münchner Westpark statt

Mehr als 700 Sportlerinnen und Sportler machten sich am 25. April 2023 auf den Weg durch den Münchner Westpark, um für die Organspende zu werben. Großartige Stimmung herrschte trotz der nicht ganz optimalen Witterung nicht nur unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, sondern auch unter den prominenten Gästen der Veranstaltung: Neben hochkarätigen Vertretern aus dem Sport wie beispielsweise Fußballweltmeisterin Renate Lingor oder den

Olympiasiegern Lars Riedel (Diskuswurf) und Markus Wasmeier (Skirennsport) war auch der bayerische Staatsminister der Justiz Georg Eisenreich gekommen. Sportmoderator und Fernsehproduzent Jörg Wontorra moderierte die Veranstaltung, an der auch zahlreiche Betroffene aktiv teilnahmen: Mit Dr. Bernd Ullrich nahm der weltweit am längsten mit Spenderherz lebende Mensch an der 2,5-km-Walkingwertung teil. Auch Sandra Zumpfe, mehrfach organtransplantiert, Peter Kraus, der seit 2019 mit Kunsterz lebt, sowie die herztransplantierte Tamara Schwab absolvierten erfolgreich die Strecke durch den Westpark. Parallel zum Präsenzlaf in München fand der virtuelle Corza Medical Organspendelauf statt. Weltweit nahmen mehr als 2000 Menschen am Lauf teil.

DER CORZA MEDICAL ORGANSPENDELAUF IN MÜNCHEN

Der Corza Medical Organspendelauf ist eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie DGCH und ist eng verbunden mit dem



DCK 2023

EIN LAUF MACHT MOBIL FÜR DIE ORGANSPENDE

Jahreskongress Chirurgie – der Kongressstandort bedingt damit auch den Standort des Präsenzlaufrs. Nach 2019 fand der Präsenzlaufr 2023 wieder in München statt. Der Startschuss zum Laufr fiel kurz nach sechs Uhr abends. 850 Personen hatten sich für die Veranstaltung angemeldet und machten sich im Münchner Westpark daran, durch ihren Laufr aktiv auf die Organspende aufmerksam zu machen. Mit 2,5 oder 5 km Walking sowie 2,5, 5 oder 10 km Laufr waren die verfügbaren Wertungen und Strecken von Veranstalterseite bewusst so gewählt, dass neben trainierten Sportlern auch Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen am Laufr teilnehmen konnten.

Eine von ihnen ist Sandra Zumpfe. Sie lebt seit 2013 mit Spenderherz, 2017 wurde ihr auch noch eine Niere transplantiert. Sie ist für die 2,5-km-Walkingdistanz gemeldet und sagt: „Mich motiviert vor allem meine eigene Geschichte. Ich habe ja ein Herz geschenkt bekommen und eine Niere und ich möchte dadurch, dass ich mitlaufe, den Leuten zeigen, wie wertvoll Organspende ist und was für ein schönes Leben man danach noch haben kann.“ Auch Dr. Bernd Ullrich nimmt an dieser Wertung teil und kommt gemeinsam mit Sandra Zumpfe überglücklich ins Ziel. Der ehemalige Allgemeinmediziner hat vor annähernd 40 Jahren ein Spenderherz transplantiert bekommen, mit dem er immer noch lebt. Seine Meinung zum Thema Organspende ist klar: „Das kann man gar nicht deutlich und klar genug sagen. (...) Dass die Widerspruchslösung die einzige Chance ist für die vielen Menschen, die liegen und warten und warten und leider eben auch sterben müssen.“

Mehr denn je ist die Organspende in Deutschland in der Krise: Aktuell warten rund 8700 Patientinnen und Patienten auf ein dringend benötigtes Spenderorgan. Jedes Jahr sterben

etwa 800 Menschen, weil nicht rechtzeitig ein passendes Spenderorgan gefunden werden kann. Das sind fast drei Tote pro Tag. Tode, die vielleicht vermeidbar gewesen wären, wenn mehr Menschen einen Organspendeausweis besitzen würden, wie auch Georg Eisenreich, Bayerns Staatsminister der Justiz, meint: „Es gibt ganz, ganz viele Menschen, die bei diesem Thema (Organspende, Anm. d. Red.) sehr positiv gestimmt sind und auch bereit wären. Aber viele davon dann diesen letzten Schritt, einen Organspendeausweis auszufüllen oder das in einer Patientenverfügung niederzulegen, nicht machen. Deswegen ist es wichtig, hier zu informieren und die Menschen zu sensibilisieren und auch zu motivieren, im Fall der Fälle ein Organ oder die Organe zur Verfügung zu stellen.“

Auch Peter Krase, Bevollmächtigter Leistungs- und Versorgungssteuerung der AOK Bayern, Exklusivpartner des Laufrs, findet: „Die Zahlen der Organspender sind im europäischen Vergleich deutlich zu niedrig. Das Thema Organspende ist uns wirklich eine Herzensangelegenheit. Wir sind jetzt seit vielen Jahren aktiv und für uns ist es einfach wichtig, dass das Thema mehr in die Öffentlichkeit kommt!“

Zahlreiche Prominente unterstützten den Corza Medical Organspendelauf vor Ort in München und sprachen sich bei der Pressekonferenz vor dem Laufr für die Organspende aus. Mit dabei waren die ehemaligen Profi-Sportler Lars Riedel, Olympiasieger und mehrfacher Weltmeister im Diskuswurf, Markus Wasmeier, mehrfacher Olympiasieger und Weltmeister im Skirennsport sowie der Olympiasieger im Speerwurf 1972 Klaus Wolfermann, der sich für die Kinderhilfe Organtransplantation engagiert. Renate Lingor, mehrfache Olympia-Bronzemedailengewinnerin und Fußballweltmeisterin, nahm als ehemalige Profi-Sportlerin aktiv

am 5-km-Laufr teil und finishte in einer respektablen Zeit von 28:59. Lingor ist eine glühende Unterstützerin der Organspende und des Organspendelaufes und sagt: „Hier laufen Leute mit, die haben eine Niere, ein Herz, was auch immer, bekommen. Und das ist einfach wichtig, weil die Menschen nur aufgrund dessen leben, dass Menschen diesen (Organspende-, Anm. d. Red.) Ausweis hatten.“

Durch die Veranstaltung führte, wie bereits 2019, der bekannte Sportmoderator und Fernsehproduzent Jörg Wontorra. Er hat selbst einen persönlichen Bezug zur Organspende, denn Stieftochter Chantal Bausch lebt seit 16 Jahren mit einem transplantierten Herz. Der Organspendelauf ist für ihn daher eine ganz besondere Herzensangelegenheit: „Ich bin in dem Thema sehr tief drin und halte es für unheimlich wichtig, dass viele Leute in Deutschland dafür sensibilisiert werden. Denn wir haben einfach zu wenig Organspender. (...) So eine Veranstaltung wie dieser Organspendelauf kann zum einen wirklich darauf hinweisen, dass zu dem Thema noch viel gesagt werden muss! Und ganz wichtig ist auch, dass man immer wieder erklären muss, dass die Widerspruchslösung, die vor drei Jahren abgeschmettert worden ist, die bessere Alternative ist zu dem Gesetz, das es bisher gibt.“

Prof. Dr. Matthias Anthuber, Direktor für Viszeralchirurgie und chirurgischer Leiter des Transplantationszentrums am Universitätsklinikum Augsburg, ist Beauftragter der DGCH für den Organspendelauf. Er ist tief beeindruckt von der breiten Beteiligung, der großartigen Stimmung sowie der großen Aufmerksamkeit, die durch die Veranstaltung erreicht wurde und dankte ausdrücklich allen Teilnehmern, Sponsoren und prominenten Unterstützern. Er betonte jedoch auch, dass neben einer umfassenden Information der Bevölkerung, besondere Priorität darin

DCK 2023

EIN LAUF MACHT MOBIL FÜR DIE ORGANSPENDE

bestehe, dass die Politik sagt: *Hier besteht Handlungsbedarf!* „Es sterben zu viele Leute auf der Warteliste. Wir müssen uns Gedanken machen, wie wir das verbessern können.“

Ein besonderer Blickfang waren übrigens die ganz im Veranstaltungsdesign gestalteten Funktionsshirts, die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Rahmen ihrer Anmeldung erhielten. Das diesjährige Shirt ist Teil einer fünfjährigen Serie, die die fünf meisttransplantierten Organe als stilisierte Darstellung sowie einen kurzen Infotext zum Organ zeigt. Nach Leber und Niere war in diesem Jahr das Herz Mittelpunkt der Aktion. Als stilisiertes Herz in Grün auf dem in Rot gehaltenen Shirt war es ein eindrucksvoller und auffälliger Anblick auf den Wegen im Westpark und wird sicherlich auch weiterhin auf Wettkampf- und Trainingsstrecken rund um München für Aufmerksamkeit für die Organspende sorgen.

Tim Buchholz ist General Manager DACH bei Corza Medical, Titelsponsor des Laufs, und ist bereits seit 2019 engagierter Unterstützer. Nach dem Lauf zeigte er sich begeistert von der gesamten Veranstaltung: „Es war eine tolle Veranstaltung und ich glaube, wenn jetzt jeder nach Hause geht und seinen Freunden und seiner Familie davon berichtet und ein paar Organspendeausweise dafür

unterschrieben werden, dann glaube ich, hat sich alles gelohnt!“

VIRTUELLER CORZA MEDICAL ORGANSPENDELAUF

Parallel zum Präsenzlaf in München fand der virtuelle Corza Medical Organspendelauf statt. Die Teilnehmer des virtuellen Laufs konnten dezentral und weltweit an den Start gehen. Alle konnten dabei starten, wann und wo sie möchten. Mittels Lauf-App wurden die Zeit und zurückgelegte Distanz aufgezeichnet. Zusätzlich erhielten die Sportler und Sportlerinnen dank extra produzierter Soundeffekte inklusive virtuellem Startschuss, musikalischer Untermalung und virtuellem Zieleinlauf nicht nur fast echtes Rennfeeling, sondern hörten auch jede Menge Wissenswertes rund um die Organtransplantation. Das Teilnehmerfeld kam dabei nicht nur aus verschiedenen europäischen Ländern, sondern auch aus den USA, Mexico, Singapur, Indien und Saudi-Arabien.

SPENDEN AUS DER STARTGEBÜHR

Neben der wichtigen Aufgabe, die öffentliche Aufmerksamkeit auf das Thema Organspende zu richten, versteht sich der Corza

Medical Organspendelauf als Charity-Veranstaltung. Deshalb spenden die Veranstalter einen Teil der Startgebühr jedes Teilnehmers an soziale Zwecke. Zusätzlich wird auch der finanzielle Überschuss der Veranstaltung gespendet. Insgesamt kam so seit 2019 ein Betrag von mehr als 50.000 Euro zusammen, der an Organisationen weitergereicht wurde, die sich seit Jahren unermüdlich und erfolgreich im Bereich Kindertransplantation engagieren: die Kinderhilfe Organtransplantation (KIO), den Ederhof der Rudolf Pichlmayr-Stiftung sowie die Organisation „Junge Helden e.V.“. Wie hoch die Spendensumme 2023 sein wird kann erst nach der Veranstaltung bekannt gegeben werden.

ALLE INFOS IM ÜBERBLICK – DER CORZA MEDICAL ORGANSPENDELAUF IM INTERNET

Weitere Informationen rund um den Lauf sowie zahlreiche Bilder, Videos und O-Töne des Corza Medical Organspendelaufs in München finden Sie hier: <https://www.organspendelauf.de/>

DCK 2024 EINLADUNG

Einladung zum DCK 2024



Prof. Dr. Christiane J. Bruns
Präsidentin der DGCH 2023/2024
Direktorin der Klinik
Klinik und Poliklinik für
Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und
Transplantationschirurgie
Uniklinik Köln

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Studierende, Pflegekräfte und Angehörige des Rettungsdienstes,

die aktuellen Zeitgeschehnisse führen dazu, dass die Weltpolitik zunehmend unruhiger wird. Unsere wichtigsten Werte wie Frieden, Freiheit und gesundheitliches Wohlergehen jedes Einzelnen in den westlichen demokratischen Ländern sind durch die Ereignisse der letzten Jahre auf einmal gefährdet und nicht mehr selbstverständlich gegeben.

Nach dem Ende der 2019 begonnenen globalen Coronapandemie folgte direkt im Anschluss nach über 70 Jahren Frieden in Europa 2022 der russische Angriffskrieg auf das Nachbarland Ukraine mit furchtbarem Leid für die betroffenen Menschen. Auch wenn nur eher wenige von uns direkt betroffen sind, so wird nach über einem Jahr Kriegsgeschehen jeder sicher weiter in Gedanken bei den Menschen sein, die dem militärischen Konflikt und seinen Folgen unmittelbar ausgesetzt sind. Von Seiten der DGCH möchte ich der Ukraine weiterhin unsere voll umfängliche Solidarität und Unterstützung aussprechen, wo immer es uns als Deutsche Gesellschaft für Chirurgie auch im Folgejahr möglich ist.

Die Welt wurde im Februar dieses Jahres erneut erschüttert von der humanitären Katastrophe und ihren bislang unabsehbaren Folgen durch das schwere Erbeben in der Türkei und Syrien mit über 50.000 Toten. Rettungs- und Hilfsaktionen konnten zum Teil nur verzögert und unter schwierigsten Umständen stattfinden.

Hinzukommen spürbare Veränderungen unseres Lebensraums mit Umwelt- und Naturkatastrophen - wie in Deutschland die Überflutungen im Ahrtal - sowie internationale Wirtschaftskriege der Großmächte mit drohenden Finanzkrisen, die zur allgemeinen Lebensverunsicherungen

und Vertrauensverlust in die Werte einer demokratischen Gesellschaft führen.

Entsprechend wird jede Systemänderung im eigenen Umfeld, auch wenn sie rational betrachtet noch so erforderlich und wichtig ist, eher kritisch und mit großer Sorge vor möglichen Einschränkungen des persönlichen und beruflichen Lebens betrachtet.

Im 152. Jahr des Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gilt es in Anbetracht der aktuellen Ereignisse umso mehr sich darauf zu besinnen, was die DGCH auszeichnet und welche gesellschaftlichen Verantwortung wir gemeinsam haben. Neben Beständigkeit, Verlässlichkeit und Transparenz sowie humanitärer Zuwendung in verschiedenen Katastrophensituationen ist es das Erfüllen des grundsätzlichen Vertrauens, das in unsere Gesellschaft und unser Handeln gesetzt wird, insbesondere seitens der Patienten und ihrer Angehörigen sowie des chirurgischen Nachwuchses.

Gemeinsam müssen wir darauf achten, dass die durch Forschung und Wissenschaft geschaffenen Werte, nicht verloren gehen, und die Erkenntnis pflegen, dass Fortschritt nur durch Wissenschaft und Forschung zustande kommt.

Im kommenden Jahr 2024 findet der 141. Deutsche Chirurgie Kongress turnusgemäß vom 24. – 26. April 2024 im Congress Center Leipzig statt. Das Motto des DCK 2024 „Mut zur Veränderung – Zukunft mitgestalten“ zielt einerseits darauf ab, gemeinsam die zukünftige Ausrichtung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie unter den aktuellen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen verantwortungsvoll und engagiert mitzugestalten. Andererseits möchten wir vermitteln, dass wir zusammen den Mut aufbringen müssen und können, dringend notwendige Veränderungen des Gesundheitssystems in Deutschland

DCK 2024 EINLADUNG

kraftvoll und positiv zu begleiten. Nur wenn wir gemeinsam Veränderungen inhaltlich unterstützen, haben wir eine Chance auf Systemverbesserung.

Die Zukunft der Chirurgie in Deutschland wird geprägt sein durch große gesundheitspolitische Projekte wie die Krankenhausstrukturreform mit Zentrumsbildung und Mindestmengen, zunehmende Ambulantisierung mit noch vielen organisatorischen und strukturellen Problemen sowie dem schon längst überfälligen Projekt der flächendeckenden Digitalisierung im fortbestehenden Kampf mit dem Datenschutz. Bei diesen Mammutaufgaben müssen wir dringend darauf achten, dass die Aus- und Weiterbildung sowie generell die klinische und wissenschaftliche Nachwuchsförderung nicht vergessen wird. Durch kluge und innovative regionale, aber auch überregionale Kooperationsstrukturen, die inhaltlich von uns selbst mitgestaltet werden, können wir dem entgegenwirken und damit die Versorgung chirurgischer Patienten zukünftig weiter auf hohem Niveau in Deutschland sicherstellen. Dabei sollte die steigende Vielfalt unserer Bevölkerung auch in der Chirurgie unbedingt als Chance gesehen werden.

Zukünftig werden alle chirurgischen Fächer sowie auch viele interventionelle Nachbar-disziplinen zunehmend durch modernste Technologie geprägt sein, unterstützt durch künstliche Intelligenz und Computer Vision. Das gelingt uns nur durch Einbinden der jüngeren Generation in Forschung und Entwicklung dieser Technologien in Zusammenarbeit mit unseren industriellen Partnern.

Inhaltlich wird sich die Chirurgie in allen Facetten auch deutlich in Richtung Therapiepersonalisierung entwickeln, was unter anderem zu maßgeschneiderte Erweiterung von OP-Indikationen führen kann. Entscheidend bleibt dabei in allen chirurgischen Bereichen

das grundlegende Verständnis für die Biologie der Erkrankungen und das empathische, mitmenschliche Verständnis der Patienten und ihrer Angehörigen.

Die Corona-Pandemie der letzten drei Jahre hat uns alle zwangsläufig in unserem Kommunikationsverhalten umgeschult, wir haben gelernt, Online-Formate zum Wissens- und Informationsaustausch zu akzeptieren, ja nahezu wert zu schätzen. Die Digitalisierung hat durch die Pandemie in vielen Lebensbereichen in der Tat einen Schub nach vorne erfahren und entsprechend hat sich auch die Kongresslandschaft von voll virtuellen bis hin zu unterschiedlichen Hybridformaten verändert.

Dennoch liegt uns allen etwas am sehr persönlichen Austausch, fernab von virtuellen Kommunikationsplattformen. Insofern werden wir auch im nächsten Jahr 2024 einen Präsenzkongress mit einzelnen Hybrid-elementen anbieten, daneben aber den virtuellen Präkongress in der Woche davor beibehalten, nicht zuletzt, um dem engagierten chirurgischen Nachwuchs und Kolleg*innen im Ausland möglichst viel Flexibilität und Partizipationsmöglichkeiten über virtuelle Sitzungen anzubieten. Befragt man den chirurgischen Nachwuchs, so scheint diese neue Flexibilität der Kongressgestaltung längst überfällig gewesen zu sein und ist zudem nachhaltig.

Neben der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind traditionell die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie mit ihren Jahrestagungen an unseren Kongress beteiligt. Zudem werden die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG), die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) und zum wiederholten Male auch die Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und

Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC) ihre jeweiligen Frühjahrestagungen auf dem gemeinsamen Kongress abhalten. Auch die weiteren Mitgliedsgesellschaften der DGCH, die ihre eigenen Jahrestagungen außerhalb des Chirurgie Kongresses abhalten, werden sich wieder aktiv in die Programmgestaltung des nächstjährigen Kongresses mit einbringen.

Ebenfalls beteiligt sind der Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC) sowie der Berufsverband für Pflegeberufe und die Rettungsdienste mit eigenen Programmpunkten.

Die Attraktivität des gemeinsamen Deutschen Chirurgie Kongresses 2024 besteht trotz aller Spezialisierung für alle Mitgliedsgesellschaften insbesondere darin, gemeinsam interdisziplinäre Sitzungen zu gestalten, gemeinsame Sitzungen mit den Partnerfächern wie Anästhesie und Intensivmedizin, Innere Medizin und Pathologie zu entwickeln und im Verbund die großen gesundheitspolitischen Themen zu diskutieren. Themen die uns alle interessieren sind die perioperative Medizin, die Intensiv- und Notfallmedizin, unsere ureigene chirurgische Forschung sowie auch berufspolitische Themen wie Personaluntergrenzen und Arbeitsbedingungen des Nachwuchses, die wir zusammen mit unserem Berufsverband bearbeiten müssen. Derartige uns alle betreffenden Themen müssen gemeinsam und gebündelt nach außen dargestellt und vertreten werden, damit sie mehr Gehör finden.

Großprojekte des Gesundheitswesens wie die bundesweite Umsetzung der Krankenhausstrukturreform mit einheitlich Versorgungsstufen und definierten Strukturvorgaben, die zunehmende Ambulantisierung sowie die Implementierung eines mehrdimensionalen Vergütungssystems sind „dicke Bretter“, die uns alle betreffen, uns auch Sorgen bereiten und die auf dem DCK 2024 zusammen weiter besprochen werden können.

DCK 2024 EINLADUNG

Für den chirurgischen Nachwuchs bietet der DCK ideale Netzwerke untereinander, einerseits für zukünftige Verbundforschungsprojekte und multizentrische, deutsche Studien, andererseits zur Schaffung einer grundlegenden Basis für die Team-orientierte, moderne Patientenversorgung im klinischen Alltag.

Hervorheben möchte ich die intensive Kooperation mit der Bundeswehr, die über Jahre hinweg regelmäßig am DCK teilgenommen hat. Insbesondere in Anbetracht der verheerenden Kriegsgeschehnisse in der Ukraine ist diese Kooperation von ganz besonderer Wichtigkeit für unser gemeinsames Fach Chirurgie. Durch die erneute Teilnahme der Bundeswehr am DCK 2024 stellen wir sichtbar dar, dass die Bundeswehr ein entscheidender Teil unserer öffentlichen Gesellschaft ist.

Ein schon traditionelles Highlight des DCK ist der Organspendelauf. Die virtuelle Form der

Teilnahme, die ebenfalls Pandemie bedingt etabliert wurde, hat mittlerweile eine vielfach höhere Teilnehmerzahl erreicht, als der Lauf vor Ort. Dieses Ereignis hat sich über die letzten Jahre erfreulicherweise zu einem Markenzeichen der DGCH entwickelt und unterstützt wirkungsvoll das Thema Organspende in der Öffentlichkeit.

Für die Studierenden wird seitens des Perspektivforums der DGCH wieder ein eigener Programmtag mit verschiedenen Sitzungen veranstaltet. Dieser Sitzungstag ermöglicht fokussiert kurze Einblicke in das facettenreiche Fach Chirurgie und wurde bereits in den Jahren zuvor als wertvolle Erfahrung für die weitere berufliche Entwicklung seitens der Studierenden wahrgenommen.

Gastnation ist zum 141. Deutschen Chirurgie Kongress 2024 die Vereinigten Staaten von Amerika. Wir erwarten eine Partnerdelegation des American College of Surgeons, die sich

an den internationalen Sitzungen zu chirurgischen Themen wie auch gesundheitspolitischen Themen im Vergleich zu Deutschland und Europa beteiligen wird.

Abschließend darf ich Sie herzlich auch im Namen der Präsidenten aller Fachgesellschaften der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie auf den 141. Deutschen Chirurgie Kongress 2024 nach Leipzig einladen, den wir vom 24. – 26. April 2024 im Congress Center Leipzig in Präsenz abhalten wollen. Erneut vorgeschaltet wird der Online DCK.digital vom 16. – 18. April 2024 stattfinden.

Ich freue mich, Sie gemeinsam mit meinem Team und den Präsidenten der DGCH Mitgliedsgesellschaften persönlich in Leipzig begrüßen zu können und verbleibe mit herzlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Christiane J. Bruns
Präsidentin der DGCH 2023/2024



DCK 2024

Gemeinsam lernen und heilen

141. Deutscher Chirurgie Kongress
16. – 18. April 2024, DCK.digital
24. – 26. April 2024, Congress Center Leipzig

**MUT ZUR VERÄNDERUNG –
ZUKUNFT MITGESTALTEN**

www.dck2024.de

DCK 2023

PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG

Protokoll DER DGCH- MITGLIEDER- VERSAMMLUNG 2023

ICM München, 27.04.2023,
13.10-14.00 Uhr, Saal 13a

TOP 1: ERÖFFNUNG DURCH DEN PRÄSIDENTEN

Der Präsident eröffnet die Mitgliederversammlung und weist auf Folgendes hin: Es wurde satzungsgemäß rechtzeitig unter Angabe der Tagesordnung durch mehrmalige Veröffentlichungen in der Mitgliederzeitschrift „Passion Chirurgie“ eingeladen. Änderungsanträge sind nicht eingegangen. Lt. Satzung besteht bei jeder ordnungsgemäß einberufenen Mitgliederversammlung ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Mitglieder Beschlussfähigkeit.

Die vorliegende Tagesordnung wurde angenommen.

TOP 2: WAHLEN

Der Präsident erläutert die satzungsgemäßen unterschiedlichen Vorgaben zur Bestätigung bzw. Wahl von Mitgliedern des geschäftsführenden Vorstands bzw. des Präsidiums sowie den Wahlmodus für ordentliche Mitglieder. Zum Wahlleiter wurde Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer vorgeschlagen:

Die Benennung des Wahlleiters (Prof. Dr. med. Hartwig Bauer) wurde durch die Mitglieder einstimmig bestätigt.

Der Präsident teilt mit: An den Eingängen zum Saal wurde die Legitimation der Teilnehmer

der Mitgliederversammlung überprüft und jedem ordentlichen Mitglied ein Stimmzettel für die anstehenden Wahlen zur Abstimmung über die Personalentscheidungen ausgehändigt. Der Präsident stellt die Kandidaten vor, wie sie bereits veröffentlicht wurden. Weitere Vorschläge sind nicht eingegangen:

1. Schatzmeister:
Herr Prof. Dr. med. Jens Werner, München
2. 3. Vizepräsident 2023/24, dann Präsident 2025/26:
Herr Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner, Köln
3. Leitender Universitätschirurg:
Herr Prof. Dr. med. Stefan Fichtner-Feigl, Freiburg
4. Leitender Krankenhauschirurg:
Herr Prof. Dr. med. Kaja Ludwig, Rostock
5. Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer chirurgischen Universitätsklinik:
Frau Dr. med. Charlotte Hauser, Kiel

Nach Bestätigung, dass nur Mitglieder der DGCH im Saal sind, erfolgt die Wahl mittels anonymer Stimmabgabe. Nach abgeschlossener Auszählung dankt der Präsident dem Wahlleiter und gibt das Wahlergebnis bekannt:

1. Bestätigung durch die Mitgliederversammlung:

- Auf Herrn **Prof. Dr. med. Jens Werner**, Schatzmeister ab 2023/2024 entfielen von 64 abgegebenen gültigen Stimmen 63 Ja-Stimmen (98 %) und 1 Nein-Stimme (2 %).
- Auf Herrn **Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner**, 3. Vizepräsident 2023/24 und dann Präsident 2025/26, entfielen von 64 abgegebenen gültigen Stimmen 63 Ja-Stimmen (98 %) und 1 Enthaltung (2 %).

2. Wahl durch die Mitgliederversammlung:

- Auf Herrn **Prof. Dr. med. Stefan Fichtner-Feigl**, Leitender Universitätschirurg, entfielen von 64 abgegebenen gültigen Stimmen 60 Ja-Stimmen (94 %) und 4 Nein-Stimmen (6 %).
- Auf Herrn **Prof. Dr. med. Kaja Ludwig**, Leitender Krankenhauschirurg, entfielen von 64 abgegebenen gültigen Stimmen 58 Ja-Stimmen (91 %) und 6 Nein-Stimmen (9 %).
- Auf Frau **Dr. med. Charlotte Hauser**, Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer chirurgischen Universitätsklinik, entfielen von 64 abgegebenen gültigen Stimmen 63 Ja-Stimmen (98 %) und 1 Enthaltung (2 %).

Der Präsident fragt die anwesende Kollegin und Kollegen (Frau Dr. Charlotte Hauser, Prof. Dr. Jens Werner, Prof. Dr. Roland Goldbrunner),

DCK 2023

PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG

ob Sie die Wahl annehmen. Dies ist der Fall. Die gewählten Personen bedanken sich für das ihnen geschenkte Vertrauen. Das Einverständnis von Prof. Dr. med. Kaja Ludwig und Prof. Dr. med. Stefan Fichtner-Feigl, ob sie die Wahl annehmen, wird schriftlich eingeholt. Der Präsident stellt damit den erfolgreichen Abschluss des Wahlvorgangs für die anwesenden Kandidaten fest und dankt allen anwesenden Mitgliedern für die Teilnahme an diesem Wahlvorgang. Inzwischen sind auch die schriftlichen Annahmestimmen der Kollegen Prof. Dr. med. Kaja Ludwig und Prof. Dr. med. Stefan Fichtner-Feigl eingegangen, sodass sie auch ordnungsgemäß gewählt sind.

TOP 3: BERICHT DES PRÄSIDENTEN

Mittels einer Präsentation geht der Präsident auf einige wichtige Punkte seiner Präsidentschaft ein. Der zentrale Bestandteil seines Berichtes liegt zum einen auf den Aktivitäten während seiner Präsidentschaft und zum anderen auf dem 140. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Es gibt keine Fragen oder Anmerkungen zu diesem Bericht.

TOP 4: BERICHT DES GENERALSEKRETÄRS

Der Generalsekretär beginnt seinen Bericht mit einem Dank an seinen Vorgänger und den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle. Im

Nachgang stellt er seine Aktivitäten dar. Die Darstellung des aktuellen Diskussionstandes zur Krankenhausreform findet in seinem Bericht eine besondere Bedeutung.

Der Präsident dankt im Anschluss dem Generalsekretär für seine Ausführungen und seine engagierte Arbeit.

TOP 5: BERICHT DES SCHATZMEISTERS

Der Schatzmeister bedankt sich bei allen, die ihn stets in seiner Tätigkeit unterstützen, und erläutert die Entwicklung der Mitgliederzahlen.

Er legt Rechenschaft über Einnahmen und Ausgaben für das Geschäftsjahr 2022 ab und stellt den Haushaltsplan für das Kalenderjahr 2023 vor, welcher durch die Mitglieder zur Kenntnis genommen wird.

Die Kassenprüfer, Herr Prof. Dr. Germer und Herr Prof. Dr. Köckerling, berichten, dass Sie den Jahresbericht der DGCH rechtzeitig erhalten und keine Unstimmigkeiten gefunden haben, so dass eine einwandfreie Beleg- und Kassenführung festgestellt werden konnte und sie empfehlen den Vorstand zu entlasten.

Herr Prof. Dr. Pohlemann stellt als Mitglied der DGCH den Antrag auf Entlastung des Vorstands für das Geschäftsjahr 2022. Der Präsident bittet um entsprechende Abstimmung. Das geschieht bei Enthaltung des

geschäftsführenden Vorstands. Der Antrag wurde ohne Gegenstimmen von den anwesenden Mitgliedern angenommen. Damit ist der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2022 genehmigt und der Vorstand für das Geschäftsjahr 2022 entlastet.

Der Präsident dankt dem Schatzmeister für seine geleistete Arbeit.

TOP 6: VERSCHIEDENES

Der Präsident dankt allen Mitgliedern für ihr Engagement in der Gesellschaft und schließt die Sitzung um 14.00 Uhr.

gez.

Prof. Dr.	Prof. Dr.	Prof. Dr.
A. Seekamp	T. Schmitz-Rixen	J. Werner
Präsident	Generalsekretär	Schatzmeister

DGCH. Protokoll der
DGCH-Mitgliederversammlung 2023.
Passion Chirurgie. 2023 Juni, 13(06):
Artikel 06_11.

AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2024

Ausschreibung Preise und Stipendien 2024

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie vergibt im Jahr 2024 die nachfolgend aufgeführten Preise und Stipendien.

Ihre Bewerbungen wird erbeten bis spätestens zum
30.09.2023 an die

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Generalsekretär
Herrn Prof. Dr. med. T. Schmitz-Rixen
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
info@dgch.de

PREISE

B.-VON-LANGENBECK-PREIS

Auszeichnung für besondere wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Chirurgie. Bewerben können sich Oberärzte und Assistenten.

Dotierung: € 10.500

RUDOLF-ZENKER-PREIS, GESTIFTET VON BRAUN MELSUNGEN AG

Vergabe an Persönlichkeiten/Personengruppen, die sich in der Vergangenheit um die Weiterentwicklung der klinischen Chirurgie besonders verdient gemacht haben und damit einen Beitrag zu einer wesentlichen Verbesserung der Krankenbehandlung auf dem Gebiet der Chirurgie leisteten.

Dotierung: € 6.000

W.-MÜLLER-OSTEN-PREIS

Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten, die sich insbesondere mit der Geschichte der Chirurgie, der Erhaltung von Substanz und Einheit der Chirurgie, der Zukunftsentwicklung der Chirurgie sowie der Qualitätssicherung der chirurgischen Tätigkeit in Krankenhaus und Praxis und den

wissenschaftlichen und ethischen Grundlagen des ärztlichen, insbesondere des chirurgischen Berufes befassen.

Dotierung: € 5.000

F.-STEICHEN-PREIS, GESTIFTET VON MEDTRONIC GMBH

Vergabe für besondere Leistungen auf dem Gebiet der viszeralchirurgischen Operationstechniken.

Dotierung: € 5.000

K.-STORZ-PREIS, GESTIFTET VON KARL STORZ GMBH CO. KG

Vergabe für besondere Verdienste und Leistungen auf dem Gebiet der minimalinvasiven Chirurgie.

Dotierung: € 4.000

E.-UNGEHEUER-PREIS, GESTIFTET VON DER AESCULAP AKADEMIE

Verleihung für Neuaufnahmen von besonderem wissenschaftlichem und didaktischem Wert in die Mediathek der DGCH.

Dotierung: € 3.000

FILMPREIS

Der Preis wird verliehen für Filme bzw. Videos über die Chirurgie und ihre Teilgebiete, die neue wissenschaftliche oder operationstechnische Kenntnisse vermitteln sowie als Lehr- oder Unterrichtsfilm angemeldet werden.

Dotierung: € 1.500

POSTERPREIS

Gegenstand soll die Darstellung der neuesten Ergebnisse aus der klinischen und experimentellen Chirurgie sein.

Dotierung: € 1.500

F.-LINDER-PREIS

Wird an den Erstautor des besten Vortrages innerhalb der Fritz-Linder-Sitzungen zur chirurgischen Forschung vergeben.

Dotierung: € 2.500

LEONARD SCHWEIBERER MEDAILLE

Mit der Leonard Schweiberer Medaille soll ein Chirurg (m/w/d) oder eine der Chirurgie nahestehende Persönlichkeit oder eine Organisation geehrt werden, die sich um die Fortentwicklung der Chirurgie in einem Entwicklungsland (LMIC) verdient gemacht hat.

NACHWUCHSFÖRDERPREIS DER SEKTION CHIRURGISCHE FORSCHUNG

Der Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung soll der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der akademischen Chirurgie dienen. Der Preis wird der besten eingereichten einschlägigen Originalarbeit aus dem Bereich der chirurgischen Forschung zuerkannt.

Dotierung: € 1.000

ACHTUNG! BITTE EINSENDEN AN:

Prof. Dr. med. Christiane Bruns
Direktorin
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie
Universitätsklinikum Köln
Kerpener Str. 62
50937 Köln

STIPENDIEN

STIPENDIUM ALS FORTBILDUNGSHILFE

Beihilfe zu einer Forschungsreise zwecks Fortbildung in der Allgemeinen Chirurgie oder einem Spezialgebiet der Chirurgie.

Dotierung: € 5.000

AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2024

REISESTIPENDIUM DER H.-JUNGHANNS-STIFTUNG

Die nach unserem früheren Präsidenten und langjährigen Generalsekretär benannte Herbert-Junghanns-Stiftung verleiht ein Reisestipendium, bevorzugt an einen Krankenhauschirurgen/in. Voraussetzung ist Facharztstatus und die Mitgliedschaft in der DGCH.

Dotierung: € 5.000

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM

Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten über die Geschichte der Chirurgie, die Erhaltung von Substanz und Einheit sowie der Zukunftsentwicklung der Chirurgie, der Qualitätssicherung der chirurgischen Tätigkeit

in Krankenhaus und Praxis und den wissenschaftlichen und ethischen Grundlagen des chirurgischen Berufes.

Dotierung: € 5.000

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM FÜR AUSLÄNDISCHE HOSPITANTEN

Wird ausgeschrieben zur Weiterbildung durch Hospitation an einer selbst gewählten deutschen chirurgischen Klinik.

Dotierung: € 5.000

INTERNATIONALES GASTSTIPENDIUM DER DGCH

Wird verliehen an junge Chirurgen, die ihre Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie

(oder entsprechende Qualifikation) in ihrem Heimatland absolviert haben und anschließend zur Ausübung ihres Berufes dorthin zurückkehren.

Dotierung: € 5.000

Die Bestimmungen für die Verleihung der Preise und die Vergabe von Stipendien finden Sie im Internet unter

www.dgch.de

Sie können auch in der Geschäftsstelle (Tel.: 030/28 87 62 90) abgefordert werden.

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Prof. Dr. med. Hanspeter Keller, Würzburg

Herr Prof. Dr. med. Gerhard Ziemer, St. Petersburg, FL, USA

Herr Prof. Dr. med. Hans-Dieter Seitz, Friedrichshafen

Frau Eva Sieberger, Hamburg

Herr Dr. med. Hansjürgen Freick, Herdecke

Herr Prof. Dr. med. Gerald Hauer, Weilheim

Herr Dr. med. Christof Sund, Freudenstadt

Herr Prof. Dr. med. Alois Kotter, Landau

Herr Dr. med. Heinzjürgen Schröder, Husum

Herr Dr. med. Hans-G. Coerper, Pforzheim

Herr Dr. med. Dieter Stumm, Homburg

Herr Dr. med. Rainer Koll, Schwedt

Herr Dr. med. Karl-Adolf Brandt, Düsseldorf

Herr Dr. med. Burkhard Oellers, Mannheim

Herr Prof. Dr. med. Dieter Waldmann, Müllheim

*01.09.1942 †06.04.2023

*30.07.1953 †11.11.2022

09.03.1938 †28.03.2023

*18.09.1966 †17.01.2023

*26.11.1934 †28.01.2023

*18.01.1944 †04.02.2023

*27.08.1935 †24.12.2022

*18.02.1931 †18.11.2022

*09.09.1939 †25.02.2023

*26.02.1931 †16.01.2023

*22.11.1935 †02.12.2022

*18.11.1957 †06.12.2022

*04.10.1935 †09.03.2023

*31.10.1942 †13.11.2022

*16.04.1943 †02.05.2023

Nachruf auf Prof. Dr. med. Albrecht Encke



In memoriam
Prof. Dr. med.
Albrecht Encke
(*24.06.1935 † 07.12.2022)

PROTAGONIST EINER AM MENSCHEN ORIENTIERTEN, ZUKUNFTSGERICHTETEN MEDIZIN

Der Milleniumpräsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und Ehrenpräsident und Träger der Ehrenmedaille der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Professor Dr. med. Albrecht Encke ist im Alter von 87 Jahren nach kurzer, schwerer Erkrankung verstorben.

Professor Encke wurde am 24. Juni 1935 in Remscheid als ältestes von vier Kindern des Internisten Bernhard Encke geboren. Von 1955 bis 1961 studierte er Medizin in Freiburg, Tübingen, Wien und Köln. Zum Dr. med. wurde er an der Albertus-Magnus-Universität zu Köln promoviert. Seine Dissertation „Schädelnähte unter normalen und pathologischen Verhältnissen“ entstand an der neurochirurgischen Universitätsklinik bei Wilhelm Tönnis.

Nach der Promotion folgte in den Jahren 1961 und 1962 ein USA-Aufenthalt in New Jersey. Während dieser Zeit reifte in ihm die Entscheidung, nicht Internist, sondern Chirurg zu werden. Nach seiner Rückkehr nach Deutschland erhielt er ein Stipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), das ihm ausgiebige Untersuchungen zum Thema Blutgerinnung unter Hanns Gotthard Lasch (1925–2009) erlaubte, ein Thema, was ihn lebenslang begleiten sollte. Seine erste Assistenzarztstelle trat Encke bei Fritz Linder an, ebenfalls in Heidelberg. 1970 habilitierte er sich mit der Arbeit „Disseminierte intravasale Gerinnung in der Chirurgie“. 1971 wurde

er Oberarzt am Universitätsklinikum Heidelberg. 1974 wurde er außerplanmäßiger Professor und 1979 Ordinarius für Chirurgie an der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Bis zu seiner Emeritierung 2002 war er dort Chefarzt der chirurgischen Klinik. 1985 schlug er einen Ruf an die Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf aus. Er wurde zu den führenden Vertretern seines Faches.

Während seiner Tätigkeit in Frankfurt hat Encke Maßstäbe gesetzt und die chirurgische Universitätsklinik zu einem anerkannten Zentrum ausgebaut. 1986 fand unter seiner Leitung die erste Lebertransplantation in Frankfurt statt. Seine Schwerpunkte waren die Leberchirurgie, die chirurgische Onkologie und die chirurgische Gastroenterologie. Er erwarb Schwerpunktbezeichnungen in Gefäßchirurgie und Viszeralchirurgie. Eine regelmäßige Weiter- und Fortbildung waren für ihn immer eine Selbstverständlichkeit. Er wirkte an der Organisation zahlreicher Veranstaltungen mit und gehörte dem Sektionsvorstand „Chirurgie“ der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim an.

Der Einsatz für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung prägte auch seine Amtszeit als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in den Jahren 1999 und 2000. Herausragende Verdienste hat er sich aber vor allem als Präsident der AWMF erworben. Zwei Merkmale prägten seine Amtszeit von 2001 bis 2009: sein klares Eintreten für objektivierbare Fakten und sein Bemühen um Konsens. Respekt verschaffte er sich dabei vor allem durch sein fachlich fundiertes Vorgehen und seine

persönliche Integrität. Die AWMF hat unter seiner Leitung an Bedeutung gewonnen und ist als Institution für die Entwicklung medizinischer Leitlinien nicht mehr wegzudenken.

Encke hatte die Bedeutung von Leitlinien für die moderne Medizin früh erkannt. Er war ein engagierter Verfechter der evidenzbasierten Medizin. Als Präsident der AWMF hatte er maßgeblich zu deren Akzeptanz beigetragen. In diesem Zusammenhang wird der Satz „Gute Medizin ist kein Zufall“ ihm zugeschrieben.

Die Akzeptanz in der Ärzteschaft für ein evidenzbasiertes Vorgehen ist in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen – nicht zuletzt, weil die Transparenz für Encke und seine Mitstreiter immer an erster Stelle stand. Für mehr Transparenz setzte er sich auch in der Forschung selbst ein und forderte die Einrichtung eines öffentlich zugänglichen Registers für klinische Studien. Encke war ein herausragender Kliniker und klinischer Wissenschaftler, der sein Lebenswerk der Qualitätsförderung im Gesundheitswesen gewidmet hat. Dabei standen für ihn die Förderung der Wissenschaftlichkeit im Einklang mit der Berücksichtigung von Menschen mit ihren individuellen Bedürfnissen sowie die Überwindung von fachspezifischen Interessen im Vordergrund.

Encke engagierte sich auch in der ärztlichen Selbstverwaltung – unter anderem als Gutachter und Prüfer bei der Landesärztekammer Hessen. Auch für die medizinische Ausbildung setzte er sich intensiv ein – u. a. als Prodekan der Medizinischen Fakultät der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Intensiv befasste er sich auch mit ethischen Fragestellungen sowie den Themen Palliativmedizin und Sterbebegleitung. Er ist Mitbegründer des Hospizvereins Sankt Katharina in Frankfurt am Main.

Sein Engagement hat sich in zahlreichen Würdigungen niedergeschlagen. Dazu gehören das Bundesverdienstkreuz am Bande, die Paracelsusmedaille der deutschen Ärzteschaft, der renommierte Rudolph-Zenker-Preis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sowie die Ehrenmitgliedschaft in

der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin und des Deutschen Netzwerks für evidenzbasierte Medizin. Dazu gehört auch die Präsidenschaft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (1999-2000) und der Senatorenstatus auf Lebenszeit, ferner Ehrenmitgliedschaften des American College of Surgeons, des Royal College of Surgeons of England und der L'Académie Nationale de Chirurgie.

Acht Jahre führte er als Präsident die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), deren Ehrenpräsident auf Lebenszeit er 2015 wurde, daneben war er Präsident der International Federation of Surgical Colleges (IFSC)

Für Albrecht Encke stand der Mensch im Zentrum gesundheitlicher Entscheidungen. Für dieses Ziel hat er die Qualitätsverbesserung medizinischer Leitlinien als Entscheidungshilfen und die Zukunftsorientierung im Sinne der Digitalisierung des Medizinischen Wissensmanagements als Vorreiter wesentlich geprägt. Zu seinen Verdiensten gehört, dass die Wissenschaftliche Medizin, vernetzt in der AWMF, als Ansprechpartnerin für eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik systematisch Gehör gefunden hat.

Intensiv befasste er sich auch mit ethischen Fragestellungen. Lange Jahre war er Mitglied in der Kommission „Lebendspende“, der Landesärztekammer Hessen. Auch die Themen Palliativmedizin und Sterbebegleitung waren für den Chirurgen sehr wichtige, ja selbstverständliche Anliegen. Er war Mitbegründer des Hospizvereins St. Katharina in Frankfurt am Main. Maßgeblich war es seinem Engagement zu verdanken, dass im Jahr 2005 die stationäre Hospizeinrichtung St. Katharina mit zunächst neun, später dreizehn Plätzen, eröffnet werden konnte.

Seiner Familie widmete er zu allen Zeiten höchste Aufmerksamkeit, viele Phasen des familiären Lebens dürften ihn sehr viel Kraft gekostet haben, Bürden, die er klaglos ertrug und aus denen er in der Umkehr viel Kraft zu schöpfen schien. Theater, klassische Musik,

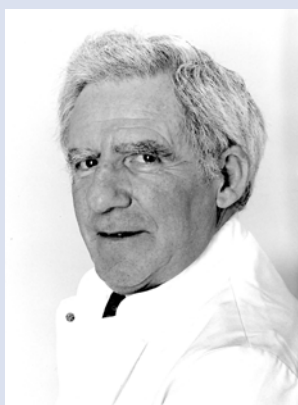
die Oper, Golf, Skilauf und nicht zuletzt seine rotarischen Freunde waren seine anderen Kraftquellen.

So begegnete uns stets ein ausgeglichener, vielfach resilienter Mensch und Klinikführer. Er verkörperte eine Führungspersönlichkeit, die Teamfähigkeit, aktive Führung, Moderation und Ergebnisorientierung gleichermaßen ausstrahlte und lebte. Dies führte zur tiefen Bewunderung in seinem Team und vielen nachhaltigen Freundschaften. Wer ihn zum Freund hatte, hatte einen verlässlichen Partner und einen stetigen Förderer. Seine chirurgischen Schüler verlieren mit Albrecht Encke einen auch nach seiner Emeritierung stets fürsorgenden Lehrer, der die leiseren Töne schätzte und mit seinem unermüdbaren Engagement für jeden einzelnen Patienten zum Vorbild wurde. Seine hohen medizinischen, wissenschaftlichen und ethischen Ansprüche finden sich dementsprechend vielerorts in der Welt gespiegelt.

Dies hat sich auf die DGCH, die AWMF und die vielen anderen Verbände, die er führte, übertragen. Sie und wir Alle verlieren eine eindrucksvolle stets inspirierende Persönlichkeit und einen starken Freund. Machen wir es chirurgisch kurz, wie er häufig zu sagen pflegte: Albrecht, wir werden das Gedenken an Dich und Deine vielfältigen Werke ehrenvoll bewahren und pflegen.

Prof. Dr. Thomas Schmitz-Rixen
Generalsekretär der DGCH

Nachruf auf Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Konrad Meßmer



In memoriam
Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.
Konrad Meßmer
(*16.03.1937 † 02.12.2022)

Einer der prominentesten Vertreter der chirurgischen Forschung in Deutschland, Prof. Konrad Meßmer, ist nach längerem Leiden am 2. Dezember 2022 gestorben. Eine würdige Trauerfeier der Familie fand in München statt am 26. Januar 2023 unter Teilnahme zahlreicher Freunde, Kollegen, Mitarbeiter und Schüler. Viele seiner Schüler befinden/befanden sich in angesehenen Positionen als Lehrstuhlinhaber, Professoren, Chefärzte u. a. m. bevorzugt der Chirurgie oder Anaesthesiologie im In- und Ausland – als Hinweis auf die exzellente klinisch/wissenschaftliche Ausbildung und Förderung der beruflichen akademischen Karriere durch Meßmer.

Konrad Meßmer studierte Medizin an den Universitäten Würzburg, Kiel, Berlin, Tübingen und München. Er begann seine wissenschaftliche Laufbahn als Doktorand des Urologen, Prof. Dr. Manfred Schmidt-Mende, wechselte dann zu dem 1961 vom W.G. Kerckhoff-Institut für Kreislaufforschung der Max-Planck Gesellschaft, Bad Nauheim, von Prof. Dr. Rudolf Zenker nach München berufenen Walter Brendel, dem Leiter der neu gegründeten Abteilung für Experimentelle Chirurgie an der Klinik für Chirurgie der Ludwig-Maximilians Universität München. Bereits als Student war Meßmer Juniorpartner Walter Brendels, i. e. am Aufbau der Experimentellen Chirurgie an der Zenker Klinik substantiell beteiligt.

Die Partnerschaft von Meßmer und Brendel war erstes Erfolgsgeheimnis der rasch aufstrebenden Abteilung, die durch ihr wachsendes Renommee nach wenigen Jahren sich zum (vermutlich ersten) selbständigen Lehrstuhl dieser Disziplin in Deutschland entwickelte.

Der junge Meßmer fühlte sich für alle Belange der Abteilung hin bis zum Tierstall u. a. m. verantwortlich. Meßmer interessierte sich nicht nur für sein engeres Forschungsgebiet, i. e. Schockforschung, Blutersatz, Haemodilution etc., sondern auch für die Forschungsprojekte der anderen Arbeitsgruppen, wie Immunologie oder Neurotraumatologie – unter Angeboten selbstloser Unterstützung.

Es ergaben sich bald größere Herausforderungen, z. B. die Organisation des ersten Kongresses der Europäischen Gesellschaft für Experimentelle Chirurgie in München, wofür Meßmer Hilfsbereitschaft wie organisatorisches Talent einbrachte. In Bälde folgten die bekannten internationalen Ski-Symposien in Kitzbühel und der Axamer Lizum mit hochklassigen Teilnehmern aus der ganzen Welt. Bald platzte die kleine Abteilung im Bunker der Zenker-Klinik in der Nußbaumstraße aus allen Nähten durch den Zulauf von Chirurgen des Hauses, von Gastwissenschaftlern und die wachsende Zahl von Doktoranden. Zur Rettung kamen die Pläne der Bayerischen Staatsregierung, einen Neubau des Instituts auf dem Campus des Klinikum Großhadern in Angriff zu nehmen. Konrad Meßmer war an den Planungen des Instituts bis ins kleinste Detail aktiv involviert – hin bis zur letzten Steckdose. Dies war nun auch sein Institut – fürwahr eine herrliche, deutschlandweit vorbildliche Einrichtung. Kein Wunder, dass Meßmer sich zunächst zierte, einen Ruf auf eine entsprechende (viel kleinere) Abteilung der Universität Heidelberg anzunehmen.

In den zehn Jahren Heidelberg gelang es ihm, aus einer bescheidenen Einrichtung

ein stattliches Institut für Chirurgische Forschung auf dem Campus der Medizin Im Neuenheimer Feld zu machen. Die Berufung Meßmers nach München 1990 war dann Krönung seines Wunschtraums. Es waren gute Zeiten, die Verwirklichung großer innovativer Vorhaben zum Greifen nah. Es kam jedoch zunächst anders. Konrad Meßmer hatte einen schweren Unfall mit Schädel-Hirntrauma und operationspflichtiger Liquoristel. Dessen ungeachtet stieg der rekonvaleszente Meßmer bald wieder in die Leitung der Instituts-geschäfte ein mit all ihren Herausforderungen.

Eine besonders wichtige Aufgabe war die Pflege und Förderung des Nachwuchs, bevorzugt im Rahmen von Promotionen und Habilitationen. Diese Aufgaben bewältigte er zusammen mit den Mitarbeitern des Hauses in vorbildlicher Weise – Zeugnis dafür ist die klinisch wissenschaftliche Karriere der akademischen Jugend auf nationaler und internationaler Ebene, die Vielzahl von Berufungen auf Lehrstühle, Professuren, Chefarztpositionen in Sonderheit in der Chirurgie und Anaesthesiologie – beide hierfür zuständigen Gesellschaften in Deutschland machten Konrad Meßmer zu ihrem Ehrenmitglied. Gleichwohl vergaß Meßmer nie, dass Erfolg und Ansehen auch dem vorbildlichen Einsatz seiner Mitarbeiter und der von ihm betreuten wissenschaftlichen Gäste zu verdanken war.

Die hier erwähnten Ehrungen beruhten auf seinen klinisch wie wissenschaftlich hochrelevanten Forschungsprojekten als Fundament. Davon sind insbesondere die Schock- und Sepsis Forschung zu nennen, Verbesserungen der Transfusionsmedizin, die

Mikrozirkulation, der Komplex des Ischämie-Reperfusionsschadens u.a.m. Die große Fülle von Auszeichnungen aus dem In- und Ausland betrafen u.a. eine Ehrenprofessur der Chinesischen Akademie für Medizinische Wissenschaften Beijing, ein Honorary Fellowship d. American Association for Surgery of Trauma. Weiter hervorzuheben sind Ehrungen schwedischer, finnischer, polnischer, spanischer, mexikanischer, japanischer, amerikanischer, österreichischer sowie übergeordneter europäischer wiss. Gesellschaften. Hinzu kommen Ehrendoktorate der Universitäten Saragossa, Granada, Santiago de Compostela, Cordoba und Nancy. Weiterhin wurde Meßmer mit ansehnlichen akademischen Ämtern betraut, u. a. als Dekan der Medizinischen Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Schließlich sind seine Verdienste als Herausgeber und Beirat zu nennen u.a. von European Surgical Research, Progress in Applied Microcirculation, Transfusion Alternatives etc. – und – last but not least – der Buchserie „Was gibt es Neues in der Chirurgie?“

ABSCHLIESSENDE BEMERKUNGEN

Konrad Meßmer vertrat mit der Chirurgischen Forschung eine Scharnierfunktion zwischen Klinik und Labor, deren Aufblühen deutschlandweit Anfang der 60er Jahre begann, ihren Höhepunkt in den 80er/90er Jahren erreichte – dem Curriculum des Instituts für Chirurgische Forschung in München vergleichbar. Die Erfolge sind im Wesentlichen auf besonders geeignete Persönlichkeiten wie Konrad Meßmer zurückzuführen, die bereit waren, eine „nur wissenschaftliche“ oder „nur

klinische“ Karriere für ein Brückenfach – die Chirurgische Forschung – „zu opfern“. Wie Meßmers Curriculum zeigt, brachte dieses „Opfer“ allerdings großen Lohn. Die Institute in München und Heidelberg trugen wesentlich zum Fortschritt von Chirurgie und Anaesthesiologie bei.

Jedoch ein Kernproblem ist, dass nur wenige profilierte Wissenschaftler für das Wagnis bereit sind, interdisziplinäres Neuland zu betreten. Verständlicherweise, denn Chirurgische Forschung selbst ist keine Karrieredisziplin – es gibt auch keine spezifische Ausbildung bestenfalls die Orientierung an den Vorbildern. Das Risiko der Chirurgischen Forschung als Karrierefach wird offenkundig bei der Suche nach geeignetem Nachwuchs. Als Beispiel kann die Nachfolge von Konrad Meßmer erwähnt werden, wonach es misslang, selbst aus acht ausgewiesenen Bewerbern Persönlichkeiten des Formats von Meßmer und Brendel zu finden. Gleichwohl, bei Vorhandensein des für Chirurgische Forschung erforderlichen Leitungsprofils wie: wiss. Ausbildung in hochklassiger Grundlagenforschung (ggf. Klinischer Forschung), Begeisterung für die Lösung komplexer medizinisch/chirurgischer Probleme (Research and Development), ebenso für die Förderung u. Pflege des klinisch-akademischen Nachwuchs könnte dieses wichtige Brückenfach als selbständige Disziplin eine Zukunft haben.

Prof. Dr. Alexander Baethmann und Dr. Jürgen Peters

Institut für Chirurgische Forschung, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 01. Juli 2023



KORRESPONDENZADRESSE

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
Tel.: 030/28876290
info@dgch.de
www.dgch.de

REDAKTION MITTEILUNGEN DER DGCH

Prof. Dr. med. Th. Schmitz-Rixen (v.i.S.d.P.),
info@dgch.de
Dipl.-Kffr. Canan Kilci,
referentin@dgch.de

VORSTAND

Präsidentin	C. Bruns, Köln
1. Vizepräsident	A. Seekamp, Kiel
2. Vizepräsident	U. Rolle, Frankfurt/Main
3. Vizepräsident	R. Goldbrunner, Köln
Schatzmeister	J. Werner, München
Generalsekretär	Th. Schmitz-Rixen, Frankfurt/Main

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	P. Piso, Regensburg
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Ridwelski, Magdeburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	J. Heckenkamp, Osnabrück
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	U. Rolle, Frankfurt am Main
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	J. Hoffmann, Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	V. Rohde, Göttingen
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	B. Kladny, Herzogenaurach
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	H. Menke, Offenbach
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	V. Falk, Berlin
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	K. Welcker, Mönchengladbach
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	D. Pennig, Köln
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.	H.-J. Meyer, Hannover
Perspektivforum Junge Chirurgie	J. Kröplin, Rostock
	B. Blank, Kulmbach

WEITERE MITGLIEDER

Leitender Universitätschirurg	S. Fichtner-Feigl, Freiburg
Leitender Krankenhauschirurg	K. Ludwig, Rostock
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik	C. Hauser, Kiel
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung	B. Blank, Kulmbach
Niedergelassener Arzt für Chirurgie	P. Kalbe, Rinteln
Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland	K. Emmanuel, Salzburg/Österreich
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	C. Bruns, Köln

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

Th. Schmitz-Rixen, Frankfurt/M.	2020
M. Ehrenfeld, München	2021
H. Lang, Mainz	2022

SPRECHER DER SENATOREN

J. Jähne, Hannover
T. Pohlemann, Homburg

SENAT

H.-J. Peiper, Göttingen	1987
W. Hartel, Ulm	1991
G. Hierholzer, Duisburg	1995
H. Bauer, Altötting	1997
D. Rühland, Singen	1999
K. Schönleben, Ludwigshafen	2001
J.R. Siewert, München	2002
N.P. Haas, Berlin	2003
B. Ulrich, Düsseldorf	2004
M. Rothmund, Marburg	2005
H.D. Saeger, Dresden	2006
H.U. Steinau, Bochum	2007
K. Junghanns, Ludwigsburg	
R. Arbogast, Pforzheim	2008
R. Gradinger, München	2010
A. Haverich, Hannover	2011
M. Büchler, Heidelberg	2012
K.-W. Jauch, München	2013
J. Jähne, Hannover	2014
P. Vogt, Hannover	2015
G. Schackert, Dresden	2016
T. Pohlemann, Homburg	2017
J. Fuchs, Tübingen	2018
M. Anthuber, Augsburg	2019



SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI MARKUS STEINBAUER

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Die Kombination aus einer empathischen Patienten-Arzt-Beziehung und den technisch-chirurgischen Herausforderungen.

Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?

Mikrozirkulation und Angiogenese.

Welche Publikation der letzten zwei Jahre halten Sie für einen Game Changer in Ihrem Fach?

Best-CLI und Basil-2; beides Studien zur PAVK.

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Freunde, Mentoren und Netzwerke.

In der Krankenhauspolitik gibt es viele Baustellen. Was sollte als Erstes angepackt werden?

Krankenhausreform und Zentralisierung.

Was haben Sie erst vor kurzem in Ihre chirurgische Praxis implementiert?

Intravaskulärer Ultraschall und CO₂-Angio im Hybrid-Operationssaal.

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Echte Zentrumsstrukturen (interdisziplinär und transsektoral).

Wann sind Sie glücklich?

Mit der Familie auf der grünen Wiese oder im Urlaub und wenn das Team in der Klinik mit Freude zusammen anpackt.

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Wenn der Putt nicht fällt oder Ignoranz und Dummheit die Oberhand gewinnen.

Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?

Ein guter Golfer zu werden.

Was frustriert Sie?

Wenn der Wille zur Verbesserung verloren geht.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Eine Nacht drüber schlafen – Krönchen zurechtrücken – weitermachen.

Was war Ihre größte Inspiration?

Meine Frau und meine Kinder.

Ihr wichtigstes Hobby?

Wein und Sport.

Wo werden Sie schwach?

Wein – Wein – G... (Golf).

Was bringt Sie zum Lachen?

Humorvolle Menschen und Monty Python.

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Eine erfolgreiche OP – zufriedene Patienten und Mitarbeiter.

Wie gehen Sie mit fehlender Teamfähigkeit bei einer/m Mitarbeiter:in um?

Vermittle ich zum FC Bayern.

Wie fördern Sie die persönliche und fachliche Entwicklung in Ihrem Team?

Gespräche – Teambuilding-Events – „auf die Walz schicken ...“

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Nichts ist wichtiger – schlechte Laune gibt es genug.

Prof. Dr. med Markus Steinbauer

Gefäßchirurg und Chirurg.

Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG).

Verheiratet, vier Kinder, Weinliebhaber und Sportfanatiker, Gefäßchirurg mit Leib und Seele, der die Forschung nicht vermissen möchte.

Chefarzt und Leiter des Gefäßzentrums Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg.

Schwerpunkt: pAVK, septische Gefäßchirurgie

Die Fragen stellte Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen.

EINDRÜCKE VOM DCK 2023



Drei Tage lang kamen BDC-Vorstand, Mandatsträger und Mitglieder beim Deutschen Chirurgie Kongress (DCK) zusammen. Der BDC war wieder mit Workshops und wissenschaftlichen Sitzungen aktiv, die Themenreferate des Berufsverbands kamen für Besprechungen zusammen und das Team von Surgeon Talk traf sich für die Produktion eines exklusiven DCK-Podcasts.

Der BDC-Stand fungierte als beliebter Treffpunkt. Viele Interessierte kamen vorbei und befragten das BDC-Team zur Verbandsarbeit und zum Angebot der Akademie. Die Bildergalerie auf der BDC-Website gibt einen Eindruck vom Geschehen am Stand, der Teil der dieses Jahr neu gestalteten Lounge-Insel in der ersten Etage war.

Der diesjährige 140ste DCK übertraf mit seiner Teilnehmerzahl mit über 5.500 Personen den aus dem Vorpandemiejahr 2019.

Zur Bildergalerie: <https://bit.ly/ImpressionenDCK2023>

BDC BIETET UMFASSENDE SERVICES



FÜR NIEDERGELASSENE

Auf der Website des Verbands finden sich die vielfältigen Leistungen und Angebote für alle Chirurgeninnen und Chirurgen in Niederlassung. So bietet der BDC:

- Beratungsdienstleistungen zu allen Berufsfragen, zum Arztrecht, zu Verträgen und zu chirurgischen Honoraren,
- einen Versicherungsschutz, der im BDC-Mitgliedsbeitrag enthalten ist: Berufs-Rechtsschutz-Versicherung, Praxisvertreter-Haftpflicht-Versicherung, Gastarzt-Haftpflicht-Versicherung,
- weitere Versicherungsleistungen zu Sonderkonditionen,
- ein Weiter- und Fortbildungsangebot, das speziell auf Niedergelassene zugeschnitten ist sowie
- ein erweitertes BDC-Servicepaket für Niedergelassene zu Sonderkonditionen wie beispielsweise zum Thema Arbeitssicherheit und Datenschutz, Digitalisierung der Praxisunterlagen und Praxismarketing.

Alle Dienstleistungen haben wir Ihnen in einer Übersicht auf der BDC-Website zusammengestellt.

Die Infos in der Übersicht: <https://bit.ly/ServicesNL>

Ergebnisse der BDC-Mitgliederversammlung 2023

Trotz leicht gesunkener Mitgliederzahlen zeichnet sich in diesem Jahr ein erhöhter Anstieg von Neumitgliedern im 1. Quartal ab, in dem auch der Frauenanteil gegenüber dem Vorjahr leicht angestiegen ist. Eines der wesentlichen Ereignisse im Jahr 2022 war die Umbenennung des BDC in Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. Die neue Satzung ist mittlerweile im Vereinsregister eingetragen. Das BDC-Leitbild ist ausformuliert und in gedruckter Form an die Mitglieder gegangen, es gibt die Programmatik für die berufspolitische Arbeit des BDC vor.

Die Programmatik des BDC-Leitbilds ist die Arbeitsgrundlage der neu strukturierten BDC-Themenreferate, deren Leiter:innen von den Teilnehmenden der Mitgliederversammlung einstimmig gewählt wurden. Ab sofort können die Mitglieder der Themenreferate, unter anderem über die BDC-Plattform, ihre Arbeit konzentriert und effizient weiterführen. Die Themenreferate behandeln jeweils die Themen Presse- und Öffentlichkeitsarbeit (Leitung Prof. Dr. C. J. Krones), Krankenhausstrukturen, sektorenübergreifende Versorgung und Nachhaltigkeit (Leitung Prof. Dr. D. Vallböhrer), Niedergelassene (Leitung Dr. R. W. Schmitz), BDC|Akademie (Leitung Prof. Dr. W. Schröder), Nachwuchs und Karrieregestaltung (Leitung Prof. Dr. A. Kirschniak), Digitalisierung und technische Innovation (Leitung Prof. Dr. H. Fuchs), Vergütungssystematik und Leistungsmanagement (Leitung Prof. Dr. T. Auhuber), sowie Familie und berufliche Perspektiven (Leitung Dr. F. Fritze-Büttner). Wir wünschen allen Themenreferaten bei der Umsetzung ihrer Vorhaben viel Erfolg!

Die Einschränkungen durch die Corona-Pandemie sind inzwischen aufgehoben, was zur Folge hat, dass Sitzungen und Veranstaltungen der BDC|Akademie wieder zumeist in Präsenz stattfinden. Teilweise noch unter dem Einfluss der Pandemie sind die Teilnehmerzahlen an

den Veranstaltungen der Akademie. Bezüglich der Aktivitäten der Akademie dankt Herr Prof. Meyer dem Akademieleiter Herrn Prof. Schröder außerordentlich für die neuen Projekte wie z. B. die neue Podcast-Reihe „Surgeon Talk“, die erfolgreich läuft. Der Podcast, der über Spotify und I-Tunes abrufbar ist, befindet sich in der Wachstumsphase. Die Website www.surgeontalk.de und die Social-Media-Kanäle sind von der Zielgruppe gut besucht. Auch das Curriculum „Roboterassistierte Chirurgie“ wurde erfolgreich fortgesetzt und Erweiterungen für 2023 sind bereits in Planung. Das Akademieprogramm 2023 beinhaltet zwei neue Formate: Medizinökonomie kompakt (Webinar Reihe) und Learn&Chat (Basic Surgery).

Die Medizinstudierenden haben großes Interesse an den Angeboten der Nachwuchsförderung. Neue avisierte BDC-Projekte sind der Relaunch des Starterpakets, eine neue Weiterbildungsbroschüre, sowie Videos „M3-Prüfungssimulationen“.

Prof. Meyer berichtet von der UEMS. Die Section Surgery wurde reaktiviert und hat einen neuen Vorstand gewählt, u. a. Herrn Prof. F. Köckerling (Berlin) als Vizepräsidenten. Bei der UEMS wird eine neue Plattform für EBSQ errichtet und die Webseite aktualisiert. CME soll mit Webinaren, Workshops, Konferenzen, Seminaren etc. intensiviert werden.

Zum Thema Gesundheitspolitik führt Prof. Meyer aus, dass die Bewältigung der Covid-19-Pandemie nicht die einzige Herausforderung des Gesundheitsministers Karl Lauterbach ist, sondern die zukunftsgerichtete Gestaltung von Struktur und Vergütung ärztlicher Leistungen an der Grenze zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Bei der Ergänzung des AOP-Kataloges sollte man pragmatisch vorgehen, d. h. mit wenigen, aber häufigen „regelmäßig ambulanten“ Eingriffen starten und diese sektorengleich über

Hybrid-DRGs vergüten. Die neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄneu) ist weitgehend abgeschlossen, eine Umsetzung aber weiterhin unklar.

Seit Januar 2023 ist die Neupatientenregelung abgeschafft – Zuschläge zur Terminvermittlung können den Wegfall jedoch nicht kompensieren. Die Vorschläge der Regierungskommission („Tageschirurgie“) stehen sehr in der Diskussion. Die Problemfelder Digitalisierung und Pflege wurden vorangetrieben, andere Gesetze mit zu heißer Nadel gestrickt, z. B. Pflegepersonaluntergrenzen oder MDK-Reform. Im stationären Bereich steht die Reform der Krankenhausplanung und -finanzierung an; angesichts massiv steigender Energiepreise müssen zudem Insolvenzen verhindert werden. Das Bundesgesundheitsministerium will bis Ende April einen neuen Vorschlag zur Krankenhausreform vorlegen. Auf der Grundlage sollen konkrete Auswirkungen der Reform modelliert werden können. Prof. Meyer geht ein auf die Aktivitäten in der AWMF, in der er beteiligt ist, in der Ausformulierung sogenannter Leistungsbereiche und Versorgungsstufen als Zuarbeit für das BMG.

Zu den berufspolitischen Aktivitäten des BDC zählt neben zahlreichen Pressemitteilungen mit guter Fachmedienresonanz unter anderem ein gemeinsames Schreiben des Verbands gemeinsam mit der DGCH, das 2022 an die Regierungskommission zur Krankenhausreform/Ambulantisierung ging.

Auch 2022/2023 erbrachte der BDC umfassende juristische Beratungsleistungen für seine Mitglieder, die die Mitglieder dieses Jahr wieder zahlreich nachfragten.

Termine BDC | Akademie*

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
22.09.2023		Berlin	2023-21525	Workshop: Simulationstraining Notfallmanagement	Dr. med. Jan Baus	450,00 €	600,00 €
27.09.2023	29.09.2023	Kaiserslautern	2023-21667	Basischirurgie	PD Dr. med. habil. Christian Mönch; Dr. med. Martin Veit	400,00 €	600,00 €
17.10.2023	18.10.2023	Berlin	2023-21523	Basis Surgery - Learn and Chat	Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder; Dr. med. Lena Rivera Cerezo	300,00 €	400,00 €
27.11.2023	01.12.2023	Berlin	2023-21664	Basischirurgie	Dr. med. Christian Müller; Prof. Dr. med. Stephan Gretschel	400,00 €	600,00 €

FACHARTZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
04.09.2023	08.09.2023	Leipzig	2023-22550	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	Dr. med. Ludwig Schütz	350,00 €	550,00 €
19.09.2023	22.09.2023	Berlin	2023-23823	Facharztseminar Orthopädie/Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Michael Kähler	350,00 €	550,00 €
06.11.2023	10.11.2023	Dortmund	2023-22530	Facharztseminar Allgemein-chirurgie	Dr. med. Jens-Peter Stahl; Prof. Dr. med. Maximilian Schmeding	350,00 €	550,00 €
06.11.2023	09.11.2023	Hamburg	2023-23672	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. h.c. Jakob R. Izbicki; PD Dr. med. Matthias Reeh	350,00 €	550,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
09.08.2023	11.08.2023	Gent	2023-28075	ORSI Summer School	Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Dr. med. Stefano Puliatti	249,00 €	249,00 €
23.08.2023	25.08.2023	Strasbourg	2023-24632	Robotik-/Laparoskopie im IRCAD Module 1-3	Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Dr. Dr. med. Barbara Seeliger	500,00 €	620,00 €
07.09.2023	08.09.2023	online	2023-23680	Spezielle Unfallchirurgie Teil II	Prof. Dr. med. Frank Hildebrand	300,00 €	500,00 €
14.09.2023	15.09.2023	Berlin	2023-22404	CAMIC 3: Laparoskopische Chirurgie des Gastrointestinaltraktes	Dr. med. Panagiotis Fikatas	400,00 €	600,00 €
15.09.2023		Mainz	2023-25811	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	PD Dr. med. habil. Sven-Oliver Dietz; Prof. Dr. med. Erol Gercek	270,00 €	330,00 €
16.09.2023		Mainz	2023-23633	Kindertraumatologie für D-Ärzte/-Ärztinnen	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn; PD Dr. med. habil. Sven-Oliver Dietz; Prof. Dr. med. Erol Gercek	180,00 €	220,00 €
16.09.2023		Mainz	2023-25851	Rehabilitationsmedizin/-management	Dr. med. Peter Kalbe; Prof. Dr. med. Erol Gercek; Dr. med. Sybille Larsen	135,00 €	165,00 €
18.09.2023	19.09.2023	Norderstedt	2023-23617	Orthotrauma: Versorgungskonzepte und Zugangswege untere Extremität	Prof. Dr. med. Burkhard Wippermann; Dr. med. Michael Stalp	800,00 €	1.000,00 €
22.09.2023	23.09.2023	Aachen	2023-23860	Fußchirurgie I	Dr. med. Thorsten Randt	500,00 €	650,00 €
12.10.2023	13.10.2023	Tuttlingen	2022-23683	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	300,00 €	500,00 €
16.11.2023	17.11.2023	online	2023-22409	Masterclass Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	150,00 €	190,00 €
16.11.2023	17.11.2023	Köln	2023-24633	Robotische Chirurgie: Modul 4 – Hospitation oberer Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; Prof. Dr. med. Hans Fuchs	300,00 €	500,00 €
23.11.2023	24.11.2023	Köln	2023-23635	VATS OP Kurs: Anatomische Segmentresektion	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00 €	500,00 €
23.11.2023	24.11.2023	Bremen	2023-23612	Osteosyntheseverfahren an der oberen Extremität	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn	400,00 €	600,00 €
23.11.2023	24.11.2023	Mannheim	2023-23674	Viszeralchirurgie Kompakt: Adipositas- und Metabolische Chirurgie	Dr. med. Sylvia Weiner; Prof. Dr. med. Mirko Otto	300,00 €	400,00 €
24.11.2023	25.11.2023	Berlin	2023-23685	Viszeralchirurgie Kompakt: Beckenbodenchirurgie	PD Dr. med. Annett Gauruder-Burmester	300,00 €	500,00 €
30.11.2023	01.12.2023	Berlin	2023-22406	CAMIC 4: Laparoskopische kolorektale Chirurgie	Dr. med. Panagiotis Fikatas	400,00 €	600,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
30.11.2023	01.12.2023	Köln	2023-23684	Viszeralchirurgie Kompakt: Pankreaschirurgie	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; PD Dr. med. Felix Popp; Prof. Dr. med. Florian Gebauer; Prof. Dr. Dr. med. Thomas Schmidt	300,00 €	500,00 €
01.12.2023	02.12.2023	Dresden	2023-23631	http://www.bdc.de/events/kindertraumatologie-fuer-d-aerzte-aerztinnen-01-02-dezember-2023-dresden	Prof. Dr. med. Guido Fitze	300,00 €	500,00 €

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
06.10.2023	07.10.2023	Berlin und online	2023-24708	Abschlusscolloquium für hygiene-beauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. em. Dr. med. Axel Kramer	06.10.2023	07.10.2023

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
11.11.2023		online	2023-27703	Abrechnungssseminar GOÄ und BG	Dr. med. Peter Kalbe	50,00 €	80,00 €
11.11.2023		online	2023-27708	Abrechnungssseminar EBM	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	50,00 €	80,00 €
17.11.2023	18.11.2023	Berlin	2023-24600	Der Chirurg als Leitender Arzt	Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Gassel	400,00 €	600,00 €
18.11.2023		Berlin	2023-27834	Alltägliche Chirurgie in der Praxis: how I do it	Dr. med. Peter Kalbe; Dirk Farghal		
01.12.2023	02.12.2023	Berlin	2023-26536	Refresherkurs: Chirurginnen auf dem Weg nach oben	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00 €	700,00 €

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

Tel: 030/28004-120, Fax: 030/28004-108 oder per E-Mail: akademie@bdc.deoder über BDC|Online unter www.bdc.de, Rubrik BDC|Akademie | Alle Veranstaltungen

* Änderungen hinsichtlich Termin, Ort und Format sind der BDC|Akademie vorbehalten.

EXTERNE VERANSTALTUNGEN

DATUM		ORT	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER/IN	PREIS MG	PREIS NICHT-MG
29.06.2023	01.07.2023	Hamburg	28. Jahreskongress der D-A-CH Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie	Intercongress GmbH		
02.08.2023	04.08.2023	Tegernsee	13. Tegernseer Schulter- und Ellenbogenkurs	Intercongress GmbH		
07.09.2023	09.09.2023	Hamburg	29. Jahreskongress der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. und 16. Beatmungssymposium der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.	Intercongress GmbH		
08.09.2023	08.09.2023	Hannover	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter	durchblicken.org	310,00 €	310,00 €
14.09.2023	15.09.2023	Hannover	4. Kongress der medizinischen Zentren für Menschen mit Behinderung (MZEB)	Intercongress GmbH		
14.09.2023	16.09.2023	Berlin	40. AGA Kongress (Gesellschaft für Arthroskopie und Gelenkchirurgie)	Intercongress GmbH		
16.09.2023	16.09.2023	Düsseldorf	Intensivkurs Röntgenbefundung im Wachstumsalter	durchblicken.org	350,00 €	350,00 €
23.09.2023	24.09.2023	Augsburg	13. Jahrestagung der Atmungstherapeuten (DGP)	Intercongress GmbH		
25.09.2023	27.09.2023	München	Munich International Shoulder and Elbow Course 2023	Intercongress GmbH		
27.09.2023	30.09.2023	Osnabrück	39. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	m:con – mannheim:congress GmbH		

SPONSOREN DER BDC | AKADEMIE

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC) definiert traditionell chirurgische Fort- und Weiterbildung als eine seiner Kernaufgaben. Das Angebot der BDC|Akademie hat sich in den letzten Jahren insbesondere auf dem digitalen Sektor stetig erweitert und folgt der karrierebedingten Gliederung vom Berufseinstieg des chirurgischen Nachwuchses bis hin zu den praxisorientierten Anforderungen an klinisch tätige Chirurgen und Chirurgen im Krankenhaus und in der Niederlassung.

Dieses umfassende Programm ist ohne finanzielle und materielle Unterstützung der medizintechnischen und pharmazeutischen Industrie heutzutage gerade unter den sich ändernden Rahmenbedingungen nicht umsetzbar. Das betrifft neben dem Gesamtprogramm der Akademie auch immer wieder die gezielte Förderung einzelner zukunftsorientierter

Projekte mit innovativen und modernen Lernkonzepten. Der konstruktive und regelmäßige Dialog, der hier zwischen der BDC|Akademie und den einzelnen Industrieunternehmen intensiv gepflegt wird, ist Ausdruck dieser engen Kooperation.

Hierbei ist zu betonen, dass die Inhalte der ärztlichen Fortbildung nach wie vor unabhängig von wirtschaftlichen Interessen sind. Das wissenschaftliche Programm jeder Veranstaltung wird auch weiterhin produkt- und dienstleistungsneutral gestaltet.

Die BDC|Akademie dankt allen Sponsoren für die vertrauensvolle Zusammenarbeit und für ihr professionelles Engagement in der chirurgischen Fort- und Weiterbildung.



LERNEN WIE NIE ZUVOR.



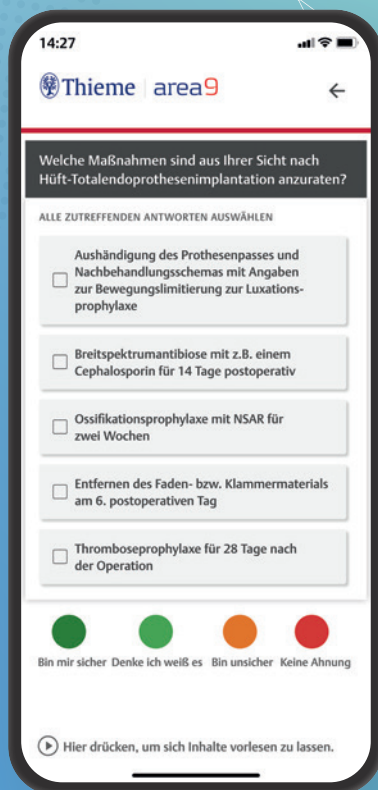
Adaptives Weiterbildungscurriculum Orthopädie und Unfallchirurgie

High Speed Learning.

Weiterbildungsrelevantes Wissen tanken – maximal effektiv auf einem für Sie optimierten Lernpfad.

Mind the gap.

Wissenslücken erkennen und gezielt schließen. Sicher wissen, was Sie wissen. Facharztprüfung? Safe.



Ready for take-off.

Gelerntes verinnerlicht. Wichtiges vertieft. Facharztprüfung bestanden. Bereit, um als Orthopäd*in voll durchzustarten.



Jetzt kostenlos testen!
www.thieme.de/lernen-wie-nie-zuvor



Aktive Therapieoption für schwer heilende Wunden: Vakuumversiegelungstherapie ist Standardverbänden überlegen. Jetzt auch für niedergelassene ÄrztInnen abrechenbar.

Die Vakuumversiegelungstherapie, auch Unterdruck-Wundtherapie genannt (Negative Pressure Wound Therapy, NPWT), hilft nachweislich, Wunden schneller zu schließen als Standardverbände.^{1,2,3} Ein langwieriger Wundverschluss belastet alle Beteiligten. Durch die AIRLOCK™-Technologie des kanisterlosen NPWT-Systems PICO™ 14 wird auch bei tieferen Wunden ein konstanter Unterdruck in der Wunde und Wundumgebung erzeugt. Die Vorteile: weniger Ödeme, Förderung der Durchblutung und von Granulationsgewebe. Die Therapie ist mit den neuen Ziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) seit 2020 auch im ambulanten Bereich einsetzbar, sowohl für den sekundären als auch primären Wundverschluss.^{4,5} Somit können nun niedergelassene ÄrztInnen die Leistung für die Versorgung mit NPWT bei unter anderem schwer heilenden Wunden abrechnen.



Oleg Sentschuk ist Facharzt für Gefäßchirurgie mit eigener gefäßchirurgischer Praxis in Kösching. Im Interview berichtet er von seinen Erfahrungen mit der ambulanten Versorgung von WundpatientInnen mit der kanisterlosen Vakuumversiegelungstherapie.

Foto: gefaesspraxis-koesching.de



Herr Sentschuk, wie würden Sie die bisherige Versorgungssituation bei schwer heilenden Wunden beschreiben?

Besonders im ambulanten Bereich war die Wundversorgung bisher relativ eingeschränkt, wenn es um das Exsudatmanagement, den häuslichen Verbandwechsel durch die PatientInnen oder den ambulanten Pflegedienst sowie z. B. um die spezielle Versorgung der Wunden nach einer Spalthauttransplantation geht. Früher bestand noch die Option der ambulanten NPWT-Versorgung mit Vakuumpumpen nach Sondergenehmigung der Krankenkassen, die in den letzten Jahren allerdings nicht mehr möglich war.

Welche Vorteile gegenüber der Standardversorgung bietet die NPWT mit PICO 14 für BehandlerInnen und PatientInnen?

Die NPWT mit PICO 14 bietet klare Vorteile im Vergleich zu konventionellen Verbandtechniken wie den selteneren Verbandwechsel, das Exsudatmanagement und die Bequemlichkeit für die PatientInnen. Ein weiterer Vorteil gegenüber der klassischen NPWT-Versorgung ist das Exsudatmanagement mit Wundaufgaben, wobei ein Großteil des Wundexsudats verdunstet und ein Kanister nicht benötigt wird. Dies geht mit einer deutlichen Gewichtsreduktion des Systems einher, was die PatientInnen deutlich mobiler macht. Die aktive Absaugung von Exsudat inkl. Bakterien ist ein zusätzlicher Vorteil.

Lassen sich mit diesem System Praxisabläufe optimieren?

Natürlich, denn die PatientInnen müssen mit diesem System seltener in die Praxis zum Verbandwechsel kommen, dadurch haben wir mehr Zeit für die anderen PatientInnen. Gleichzeitig werden weniger Verbandmaterialien zur Versorgung der Wunde benötigt.

Welche Patientengruppen profitieren aus Ihrer Sicht besonders von PICO 14? Und was hören Sie von PatientInnen, die damit behandelt werden?

Von der Behandlung mit PICO 14 profitieren alle Patientengruppen. Denn durch die einfache und verständliche Bedienung des Systems steigt die Sicherheit der Anwender und auch PatientInnen* im Umgang mit PICO 14 und damit natürlich auch die Zufriedenheit bei der Behandlung. Bei der Nutzung von PICO 14 nach einer Spalthauttransplantation wird die stationäre Aufenthaltsdauer bei meinen PatientInnen um 3-5 Tage verkürzt, da sie mit PICO 14 nach Hause entlassen werden können.

Wie ist Ihre Erfahrung mit der ambulanten Erstattung und was sollte man dabei beachten?

Die letzten Quartalsabrechnungen haben uns gezeigt, dass die EBM-Erstattung erfolgt ist und die Kosten der NPWT abdecken.

Referenzen:

1. Kirsner R, Dove C, Reyzelman A, Vayser D, Jaimes H. A Prospective, Randomized, Controlled Clinical Trial on the Efficacy of a Single-use Negative Pressure Wound Therapy System, Compared to Traditional Negative Pressure Wound Therapy in the Treatment of Chronic Ulcers of the Lower Extremities. Journal of woundcare and regeneration. Mai 2019. <https://doi.org/10.1111/wrr.12727>. 2. Dowsett C, Hampton K, Myers D, Styche T. Use of PICO to improve clinical and economic outcomes in hard-to-heal wounds. Wounds International. 2017;8(2):52-58. 3. Hampton J. Providing cost-effective treatment of hard-to-heal wounds in the community through use of NPWT. Community Wound Care. 2015:S14-S20. 4. Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung am 15. September 2020. 5. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Vakuumversiegelungstherapie von Wunden in den EBM aufgenommen. 24.09.2020; www.kbv.de/html/1150_48246.php; letzter Zugriff 24.05.2023.

*Nach entsprechender Einweisung durch den Arzt.

Von wegen „früher war alles besser“!

Beste Aussichten dank Vakuumversiegelungstherapie* mit PICO[◇]



www.vakuumversiegelungstherapie.de

PICO[◇] hilft, Wunden schneller zu schließen. Und ist dabei so einfach zu handhaben wie ein Verband. Damit Ihre Patienten mobil bleiben.

+ PICO[◇] – Wundversorgung 2.0

Smith+Nephew

Mehr Infos zur EBM-Ziffer und extrabudgetären Vergütung mit persönlicher Beratung erfahren**



Ausgezeichnetes Design:



reddot winner 2021

Wundmanagement
Smith & Nephew GmbH
smith-nephew.de

Hersteller: Smith & Nephew Medical Limited
101 Hessle Road, HU3 2BN, Hull, U.K.

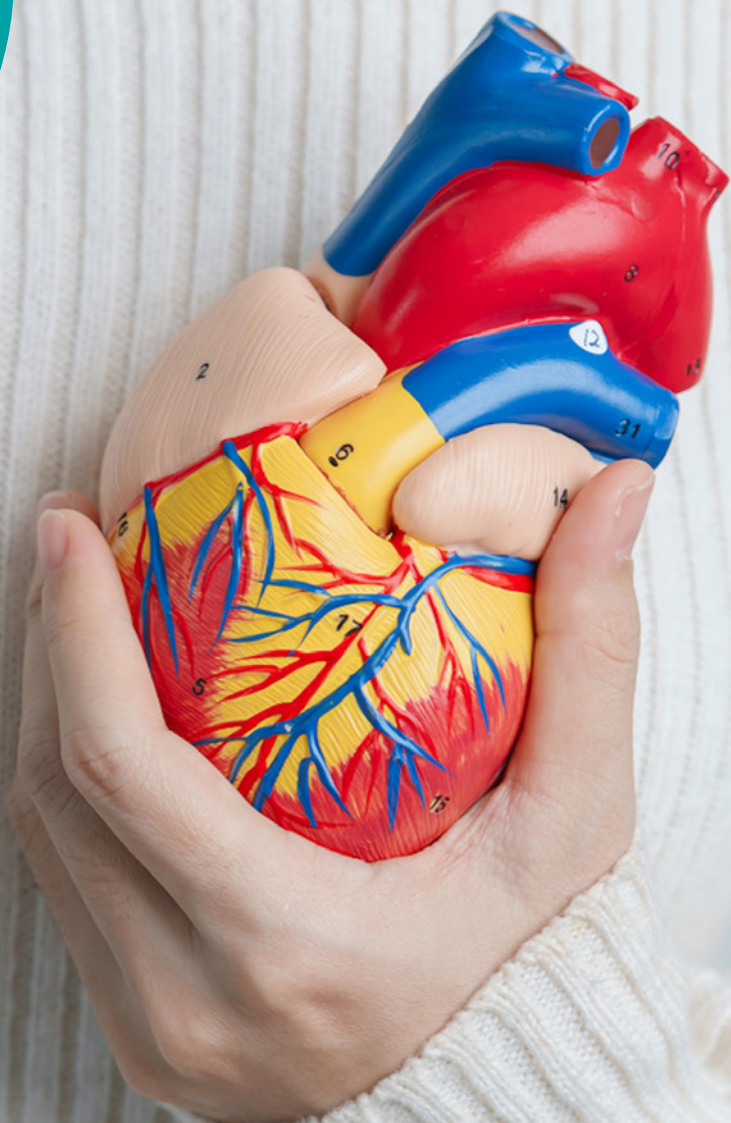
* auch NPWT oder Unterdruck- bzw. Vakuumversiegelungs-Therapie (VVS) genannt

** voraussichtlich für die ersten 3 Jahre ab 01.10.2020



PANORAMA

KARRIERE MIT HERZ



Klaus Fiala
 Chefredakteur
 Forbes Österreich
 Liniengasse 2b/14
 1060 Wien
 klaus.fiala@forbes.at

Erstveröffentlichung am 01. November
 2023 in der deutschsprachigen
 Ausgabe von FORBES, Österreich.

Hand auf's Herz

Klaus Fiala

Im Panorama – der Rubrik, in der wir gerne einmal "über den Tellerrand schauen" – stellen wir in dieser Ausgabe einen Artikel in Zweitverwertung vor und hinterfragen gleichsam die Präsentation medizinischer Themen in populären Medien. Wie ist Ihre Meinung dazu?

Sie implantierte als erste Frau in Europa ein Kunstherz, heute ist Dilek Gürsoy eine der bekanntesten Herzchirurginnen in Deutschland. Nun wagt die Ärztin den Sprung ins Unternehmertum: Mit ihrer eigenen Herzklinik will Gürsoy zeigen, dass exzellente Medizin mit Innovation und Menschlichkeit vereinbar ist. Dafür geht Gürsoy finanziell ins Risiko – doch sie sagt: „Ich würde das nicht machen, wenn ich keinen Plan hätte.“

Im Sommer dieses Jahres war Dilek Gürsoy mit einem potenziellen Investor in der Düsseldorfer Innenstadt verabredet. Gürsoy ist eine der führenden Spezialistinnen für Kunstherzsysteme in Europa und hatte zu diesem Zeitpunkt bereits seit drei Jahren den klassischen Klinikbetrieb verlassen. Ein Posten als

Chefärztin in einer großen Klinik war ihr trotz intensiver Suche verwehrt geblieben. Also entschloss sie sich, ihr Glück auf eigene Faust zu suchen. Sie arbeitete erst selbstständig, wechselte dann in eine Privatklinik in Düsseldorf, doch ihr großer Traum war die Gründung einer eigenen Herzklinik. Also suchte Gürsoy nach Geldgebern.

Der mögliche Investor erschien mit seiner Ehefrau zum Essen. Doch bevor es ums Geschäftliche ging, wollte er – wie so viele Menschen, die sich mit Gürsoy treffen – ihre medizinische Meinung hören. Die Chirurgin warf einen kurzen Blick auf den Befund des Unternehmers, der selbst an Herzproblemen litt – und riet ihm, bald einen Arzt aufzusuchen und sich einen Herzkatheter legen zu lassen.

ZUR PERSON



Dr. Dilek Gürsoy wuchs in Neuss in Nordrhein-Westfalen als Tochter türkischer Gastarbeiter auf. Sie studierte Medizin und arbeitete später in verschiedenen Positionen und Kliniken im Team von Professor Reiner Körfer. 2021 startete sie als Chefärztin in der Privatklinik Bel Etage in Düsseldorf.

Dr. med. Dilek Gürsoy
 Medical Center Pradus
 Reichsstraße 59
 40217 Düsseldorf
 info@dr-guersoy.com

Fiala K: Hand aufs Herz.
 Passion Chirurgie, 2023 Juni;
 13(06): Artikel 09_01.



Panorama-Artikel finden Sie auf
 BDC|Online (www.bdc.de) unter
 der Rubrik Wissen | Panorama.

Der Mann war offenbar von seinem eigentlichen Kardiologen falsch beraten worden, denn schon am Tag nach dem Treffen rief seine Ehefrau bei Gürsoy an: Ihr Mann habe einen Herzinfarkt. Wo sei die beste Klinik? Gürsoy sagte: Ihr Mann müsse nicht in die beste, sondern in eine nahe gelegene Klinik – und das schnell.

Es stellte sich heraus, dass der Patient eine Bypass-Operation brauchte. Doch der Eingriff verzögerte sich – unter anderem, weil die Klinik 19 Tage lang nicht bemerkte, dass der privat versicherte Patient aus dem Ausland eine Chefarztbehandlung hätte bekommen sollen. „Er hat am eigenen Leib erfahren, was ich mit meiner Klinik bezwecke: Ich will meinen Patienten menschlich und medizinisch das beste Umfeld bieten“, sagt Gürsoy.

2012 wurde Dilek Gürsoy zu einem Star der Herzchirurgie: Als erste Frau in Europa implantierte sie ein komplettes Kunstherz. Das sorgte weltweit für Schlagzeilen, und die Tochter türkischer Gastarbeiter wurde 2019 bei den German Medical Awards zur Medizinerin des Jahres gewählt. Gürsoy ist Vollblutärztin, doch sie blickt auch kritisch auf ihre Branche – etwa auf die Kunstherzforschung und den Klinikalltag.

So klagt sie etwa über zu geringe Fortschritte bei der Entwicklung von Kunstherzen. Die Systeme seien zu groß, die Entwicklungszeit zu lang und die Vermarktung in Europa zu zurückhaltend. Auch mangle es an Innovation in großen Kliniken, die Hierarchien seien starr und der Leistungs- und Arbeitsdruck zu hoch. „Herzchirurgie muss ja kein Job sein, neben dem kein Familien- und Privatleben möglich ist“, sagt Gürsoy. Und: Das Feld sei eine absolute Männerdomäne, Frauen seien meist außen vor – besonders auf höchster Ebene.

Gürsoy will es besser machen, und zwar mit einer eigenen Privatklinik. Das Investitionsvolumen beträgt 3,5 bis 4 Mio. €; Gürsoy selbst finanziert dies per Bankkredit. Sie hält weiter Kontakt mit Investoren, den Start stemmt sie jedoch aus der eigenen Tasche. Trotz des auch finanziellen Risikos ist sie aber zuversichtlich: „Ich weiß: Wenn der Laden erst mal steht, kommen die Leute – und potenzielle Investoren – schon.“

Die Ursprünge von Kunstherzen reichen weit in die Vergangenheit. Künstliche Herzen, die auch Herz- oder Kreislaufunterstützungssysteme genannt werden (im Englischen Ventricular Assist Device, VAD), werden Patienten eingesetzt, die an einer ausgeprägten Herzschwäche leiden. Es gibt zwei Systeme von Kunstherzen: eines, das nur die linke Herzhälfte unterstützt, und ein weiteres, das linke und rechte Herzhälfte entlastet.

Erste Ideen zu einem „Kreislaufunterstützungssystem“ wurden vom Franzosen César Julien Jean LeGallois bereits 1812 formuliert, doch erst 1969 wurde ein Total Artificial Heart (TAH) bei einem Menschen implantiert. Die Systeme wurden über die Jahrzehnte stetig weiterentwickelt; heute

Und: Die meisten Systeme sind zu groß. Das menschliche Herz ist ein Wunderwerk der Natur – und alle mechanischen Nachbauten sind größer als das Original. Das ist vor allem für Menschen mit kleinerem Brustkorb problematisch – etwa für Frauen. Gürsoy sagt: „Kunstherzen wurden von Männern für Männer entwickelt. Man dachte damals, dass mehr Männer betroffen sind.“ Tatsächlich sind Frauen genauso häufig von Herzinfarkten betroffen wie Männer.

Hinzu kommen Schwierigkeiten bei der Entwicklung und Zulassung. In Europa gibt es nur ein einziges Linksherzunterstützungssystem. Über mehrere Monate war in diesem Jahr kein System für beide Hälften zugelassen; erst Ende Oktober gaben die Regulatoren grünes Licht für die Wiedereinführung. Beim führenden US-amerikanischen System ist die CE-Zulassung ausgelaufen, das französische System war aufgrund von Schwierigkeiten für mehrere Monate nicht verfügbar.

Geplant sind weitere Systeme, Informationen über den Entwicklungsstand sind jedoch rar. Zu den Unternehmen, die im Rennen um vollständige Herzunterstützungssysteme mitmischen, zählen der französische Hersteller Carmat, das US-Unternehmen Syn Cardia sowie das schwedische Unternehmen Realheart TAH.

Am deutschen Projekt Rein Heart TAH, das mit der RWTH Aachen kooperiert, wirkte auch Gürsoy mehrere Jahre mit. Weil Mittel fehlten, wurde es aber eingestellt. Das zeigt auch, warum die Forschung nur langsam vorankommt: Es mangelt an Geld.

Rund 465.000 Menschen kommen pro Jahr mit einer Herzschwäche in deutsche Krankenhäuser. Die große Mehrheit kann behandelt werden, nur bei einer kleinen Gruppe ist das Herz zu schwach, um eigenständig zu funktionieren. Laut der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) warten in Deutschland etwa 1.100 Menschen auf ein neues Herz, jedoch stehen nur für rund ein Drittel Spenderherzen zur Verfügung – die übrigen Patienten müssen auf ein Kunstherz zur Überbrückung hoffen. 2021 fanden 329 Herztransplantationen statt.

”

**ICH WEISS: WENN DER
LADEN ERST MAL STEHT,
KOMMEN DIE LEUTE –
UND POTENZIELLE
INVESTOREN – SCHON.“**

dienen sie vorrangig zur Überbrückung der Wartezeit bei Menschen, die auf eine Herztransplantation warten. Erst seit Kurzem wird eine neue Generation von Kunstherzen auch als dauerhafter Ersatz für menschliche Herzen erprobt.

Doch für viele Probleme der Kunstherzen hat die Forschung noch keine Lösung gefunden. „Komplette Systeme“ müssen über ein Kabel, das aus dem Körper führt, mit einer Batterie verbunden werden. Die Akkus sind nach etwa 17 Stunden leer. Das Gerät ist rund sieben Kilogramm schwer und im Betrieb rund 70 Dezibel laut – wie ein Wäschetrockner im Hochbetrieb. Die Systeme werden zwar kleiner und effizienter, doch das Leben mit den Geräten bleibt für die Patienten beschwerlich.

Die Preise von Kunstherzen liegen im Schnitt bei rund 150.000 €, manchmal sogar über 200.000 €. Von der Idee bis zur Implantierung kann die Entwicklung eines Systems die Hersteller bis zu 200 Mio. € kosten, sagt Gürsoy. Die Entwicklungskosten sind hoch, die Zielgruppe ist klein – das macht den Markt nicht allzu interessant für Investoren. Hinzu kommt, dass einige Systeme nach den klinischen Tests – etwa jenes des US-Konzerns Abiomed – eingestellt werden müssen. Und: Während die Kosten für Kunstherzen in Deutschland von der Krankenkasse übernommen werden, ist die Situation in anderen Staaten Europas und der Welt unklar.

„Da sagen sich viele: Wenn ich so viel Geld investiere, dann lieber in ein Unternehmen, das Covid-Impfungen produziert – da habe ich das Geld in einem Jahr wieder verdient“, erklärt Gürsoy. Auch das vielversprechende

System von Realheart war daher auf staatliche Zuschüsse angewiesen.

Gürsoy glaubt, dass ein Investor im Bereich Kunstherzforschung nicht nur rein finanzielle Motive verfolgen darf: „Man muss jemanden finden, der auch aus altruistischen Motiven handelt; jemanden, der womöglich einen nahen Angehörigen wegen einer Herzkrankheit verloren hat und daher weiß, wie wichtig das Thema Kunstherzforschung und Kunstherztherapie ist.“

Dilek Gürsoy wurde als Tochter von türkischen Gastarbeitern in Neuss in Nordrhein-Westfalen geboren. Mit Krankenhäusern und Medizin musste sie sich bereits als junge Frau auseinandersetzen: Sie wurde als jüngstes von fünf Kindern geboren, ihre zwei ältesten Brüder starben im Kindesalter. Sie verlor auch ihren Vater, als sie zehn Jahre alt war – er starb wegen eines Herzklappenfehlers.

Gürsoys Mutter, eine Analphabetin, zog Gürsoy und zwei weitere Brüder alleine auf; auch sie verbrachte natürlich viel Zeit im Krankenhaus. Gürsoy war, wie ihre Mutter, stets von den Ärzten beeindruckt – Gürsoy fasste früh den Entschluss, selbst Medizinerin zu werden.

Doch ihre Noten reichten nicht, weshalb ihre Mutter in der Fabrik Extraschichten arbeitete, um ihrer Tochter den Vorbereitungskurs für den „Mediziner-Test“ zu finanzieren. Gürsoy schnitt gut ab und wurde die Erste in ihrer Familie, die studierte. Während ihres Studiums riet ihr eine OP-Schwester, dass sie nach Bad Oeynhausen gehen solle, wenn sie sich für Herzchirurgie interessiere – zum damals größten Herzzentrum Europas. „Ich wusste, dass das eine große Klinik ist und mein Weg hart werden würde“, so Gürsoy.

Doch Gürsoy fand in Reiner Körfer, einer der Koryphäen der Herzchirurgie, einen Mentor und Förderer. Sie war bei ihm in verschiedenen Kliniken als Assistenz-, Fach- und letztlich Oberärztin tätig, zwischen 2016 und 2019 in verschiedenen Positionen. 2019 wurde sie Medizinerin des Jahres, 2020 publizierte sie ein Buch mit dem Titel „Ich stehe hier, weil ich gut bin“. In der Heimatstadt ihrer Eltern, in Aybasti in der Provinz Ordu am Schwarzen Meer, wurde sogar eine Straße nach ihr benannt. Dabei sieht Gürsoy ihre Tätigkeit gar nicht als außergewöhnlich an: „Ich sehe mich nicht als etwas Besonderes, ich mache nur meinen Job. Wenn ich das, was ich mache, jeden Tag so geil finden würde, würde ich auch gar nicht vorankommen und nicht ernst genommen werden“, so die Medizinerin.

Als türkischstämmige Frau, deren Eltern Gastarbeiter waren und die noch dazu in einer Männerdomäne reüssiert, bekam Gürsoy in den letzten Jahren viel mediale Aufmerksamkeit. Sie nutzte diese für „die Sache“, wie sie sagt, und meint die Kunstherzforschung. Dennoch (oder gerade deshalb) blieb ihr der gewünschte Chefarztposten in einer großen öffentlichen Klinik mit Tausenden Mitarbeitern verwehrt. Am Migrationshintergrund lag das jedoch nicht, so Gürsoy. „Die Medizin ist voll von Menschen mit Migrationshintergrund. Das war nie ein Problem für meine Karriere.“ Die Tatsache, dass sie eine Frau war, war da schon eher hinderlich, meint sie.



Abb. 1: Dilek Gürsoy ist das Cover der Forbes-Ausgabe 8–22 zum Thema „Women“

Also verließ sie die Klinik und verdiente ihr Geld unter anderem damit, dass sie in Entwicklung befindliche Kunstherzsysteme implantierte und den Herstellern Feedback gab. Dabei nahm Gürsoy kein Blatt vor den Mund: „Ich habe ein System in die Hand bekommen und sofort mitgeteilt, dass es zu groß ist. Bei der Operation habe ich dann alles gesagt, was schlecht ist; nicht, was man verbessern kann, sondern was schlecht ist. Das muss man knallhart sagen, da darf man auch nicht rumeiern.“ Seit Februar 2021 ist sie nun Chefarztin an der Clinic Bel Etage Medical Center Pradus in Düsseldorf, wo sie auch gemeinsam mit Wilhelm Sandmann, einem führenden deutschen Gefäßchirurgen, operiert, um mehr über sein Spezialgebiet zu lernen.

Gürsoys Plan ist es nun, eine eigene Klinik zu eröffnen. Geplant ist eine Praxis auf einer Fläche von 1.500 Quadratmetern mit einem OP- und einem Herzkatheterraum, vier Intensiv- und rund zehn Normalbetten. Neben Herzchirurgie sollen auch die Bereiche Kardiologie

sowie Gefäß- und Thoraxchirurgie angeboten werden. „Von der Prävention bis zur Herz-OP bieten wir alles an“, so Gürsoy – sie plant, mit 20 bis 25 festen Mitarbeitern zu starten.

Ihre Idee: Im Gegensatz zu anderen Privatkliniken will sie sich nicht auf deutsche Patienten fokussieren, sondern auf ausländische „Selbstzahler“. Gürsoy: „Man muss das letztendlich auch unternehmerisch sehen – ich habe schon Kliniken scheitern sehen.“ Besagte Patienten sind für Herzchirurgen lukrativ: Für eine Herzklappen-OP können Summen im mittleren fünfstelligen Bereich berechnet werden.

Dennoch ist das Risiko kein geringes, denn Gürsoy muss erst mal Patienten finden, die die Möglichkeit haben, überhaupt so viel Geld zu bezahlen. Doch sie setzt nicht nur auf ihre Fähigkeiten, sondern auch auf ihre Bekanntheit. Dass sie keine Kassenpatienten willkommen heißen darf, ärgert Gürsoy: Herzchirurgische Kliniken, die Kassenpatienten aufnehmen, müssen in größere

Krankenhäuser integriert sein – so will es das deutsche Recht.

Doch für die Zukunft will sie eine solche Erweiterung nicht gänzlich ausschließen. Als Standort der Klinik war Düsseldorf angedacht, doch nun hat Gürsoy eine Immobilie in Mönchengladbach entdeckt, die zu ihren Vorstellungen passt. Im Frühjahr 2023 will sie die Klinik eröffnen. „Ich will in diesem Haus nicht nur gut operieren, sondern auch zeigen, wie das Heranziehen einer neuen Generation (von Herzchirurgen, Anm.) funktionieren kann“, so die Medizinerin.

Einen angenehmen Nebeneffekt hätte der Standort auch: Gürsoy wäre ihrem Herzensfußballklub Borussia Mönchengladbach, bei dem sie bis heute Mitglied ist, nahe. Ihr Mentor Reiner Körfer war bis Sommer 2022 zehn Jahre lang Aufsichtsratsvorsitzender des Vereins. Vielleicht ist dieses Gremium ja die nächste Männerdomäne, die Gürsoy ins Auge fasst



in Kooperation mit



DER BDC PRÄSENTIERT:

DCK Kompakt 2023

Trends und Innovationen in der Chirurgie als Podcast

DCK Kompakt ist die Nachlese des Deutschen Chirurgie Kongresses, die in diesem Jahr vom Podcast-Team von Surgeon Talk moderiert wurde.

Hören Sie spannende

- Kurz-Interviews zu den Kongress Highlights
- aktuelle chirurgische Trends
- Entwicklungen in Weiterbildung, Forschung und Krankenversorgung
- Ausblicke auf den DCK 2024

JETZT REINHÖREN!
www.bdc.de/dck-kompakt2023



BILDERRÄTSEL



WELCHER MEDIZINISCHE FACHBEGRIFF VERSTECKT SICH HINTER DIESEM BILD?
.... HABEN SIE ES ERRATEN?

Schicken Sie Ihre Antwort unter dem Stichwort „Passion Chirurgie 06/QII/2023“ an bilderraetsel@bdc.de. Einsendeschluss ist der 10. September 2023. Die Auflösung dieses Rätsels finden Sie im Impressum der nächsten gedruckten Ausgabe im September 2023.

Unter allen richtigen Einsendungen der ersten drei Quartalsausgaben (QI, QII, QIII) verlosen wir Ende 2023 wieder ein Android-Tablet. Die Auslosung wird Anfang November stattfinden und der Gewinner in der QIV/2023 bekannt gegeben.

Teilnahmebedingungen: Jedes BDC-Mitglied darf mitmachen, ausgenommen sind BDC-Mitarbeiter und Mitarbeiter von schaefermueller publishing GmbH sowie deren Angehörige. Bei der Gewinnauslosung sind der Rechtsweg und Barauszahlung ausgeschlossen. Wer gewonnen hat, wird schriftlich benachrichtigt. Wir danken für die Teilnahme und wünschen viel Glück.

TachoSil[®]

SEALANT
MATRIX



EVERYDAY HERO

Das Zeug zum
echten Helden.

TachoSil[®]
Blutstillung und
Versiegelung
in einem.

 corzamedical



TachoSil[®] Versiegelungsmatrix

Quantitative und qualitative Zusammensetzung: TachoSil[®] enthält pro cm² Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E., **Sonstige Bestandteile:** Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E 101), Natriumchlorid, Natriumcitrat (E 331), L-Arginin-Hydrochlorid. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Lokales Hämostatikum, ATC-Code: B02BC30. **Anwendungsgebiete:** Bei Erwachsenen zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebsversiegelung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie zur unterstützenden Versiegelung der Dura mater, um postoperative Liquorleckagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravaskuläre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen (Häufigkeit nicht bekannt):** Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen. **Weitere Warnhinweise:** Nach Öffnen der äußeren Folie sofort verwenden. Nicht resterilisieren. Chargendokumentationspflichtig. **Inhaber der Zulassung:** Corza Medical GmbH, Speditionsstraße 21, 40221 Düsseldorf, Deutschland. **Stand der Information:** 09/2021. **DE:** Verschreibungspflichtig. **AT:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Fachinformation von TachoSil[®] Versiegelungsmatrix.

corza.com

2023010012